

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 3

LES

PERFORATIONS VÉSICALES D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 6 novembre 1929

PAR

Marcel-Camille BILLAUT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE,
LAURÉAT DE LA FACULTÉ,
PRIX DE LA FACULTÉ 1925-1926,
MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX.

Né à **WIMEREUX** (Pas-de-Calais), le 16 juillet 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930 — N° 3

LES
PERFORATIONS VÉSICALES
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 6 novembre 1929

PAR

Marcel-Camille BILLAUT

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE,
LAURÉAT DE LA FACULTÉ,
PRIX DE LA FACULTÉ 1925-1926,
MÉDECIN COLONIAL DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX.

Né à **WIMEREUX** (Pas-de-Calais), le 16 juillet 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur	{ <i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

MM. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.	MM.
Clinique médicale..... VERGER.	Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
id..... CASSAET.	Médecine expérimentale..... MAURIAC.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
id..... BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.	Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale..... DENIGÈS.
Anatomie..... VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Physiologie..... PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques. PETGES.
Hygiène..... AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Chimie..... CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.
Pharmacie..... DUPOUY.	

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.
Anatomie..... DUBÉCQ.	Chirurgie générale..... PAPIN.
Histologie..... LACOSTE.	id..... JEANNENEY.
Anatomie pathologique..... MURATET.	id..... CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.	id..... LOUBAT.
Médecine générale..... GREYX.	Obstétrique..... PÉRY.
id..... N.	id..... FAUGÈRE.
id..... AUBERTIN.	Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
id..... DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
id..... PIÉCHAUD.	Pharmacie..... GOLSE.
Maladies mentales..... PERRENS.	

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK

LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.	MM.
Clinique dentaire..... CAVALIÉ.	Puériculture..... N.
Médecine opératoire..... PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.. N.
Accouchements..... FAUGÈRE.	Pharmacie chimique..... GOLSE.
Ophtalmologie..... CABANNES.	Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE. — A MA MERE

Hommage de profonde affection et faible témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRERE ET A MA SOEUR

Vous qui m'êtes si chers.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS DE L'ECOLE DE MEDECINE NAVALE

AU DOCTEUR FERNAND CHRETIN

AU DOCTEUR HENRI JONCHERE

AU DOCTEUR A.-F. CHABRILLAT

A TOUS MES CAMARADES DE L'ECOLE

A MES MAITRES DE LA MARINE

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE MIRGUET

*Sous-directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine
et des Colonies,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 1^{re} CLASSE FOURGOUS

*Ancien directeur par intérim à l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine et des Colonies
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUVERGEY

*Professeur de clinique des maladies des voies urinaires
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

AVANT-PROPOS

A l'approche de l'heure solennelle de la soutenance de ma thèse, je me fais un devoir de remercier tous ceux qui, de près ou de loin, contribuèrent à faire de moi ce que je voulais être : « Un médecin de marine ».

A mes parents, j'offre ce premier et bien modeste travail, en signe de mon infinie reconnaissance.

Que mes Maîtres du port de Toulon, à qui je dois ma première formation médicale, trouvent ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

Que Monsieur le Directeur et les officiers de l'Ecole principale du Service de santé de la Marine, qui n'ont cessé, pendant quatre années, de nous donner, outre leurs conseils paternels, l'exemple de leurs belles qualités professionnelles, reçoivent l'assurance que leur exemple restera la ligne de conduite de ma carrière.

Que mes maîtres de la Faculté veuillent bien trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance pour l'enseignement qu'ils m'ont donné, mais je dois une mention toute particulière à ceux qui, par la clarté de leur enseignement et l'intérêt qu'ils n'ont cessé de prodiguer aux étudiants, ont su s'attirer, outre le respect dû à leur érudition, celui, plus difficile peut-être encore à acquérir, qui n'est dû qu'à l'homme. Qu'il me soit permis de nommer, entre tous, les noms de M. le Professeur Guyot, des mains duquel j'ai eu

le grand honneur de recevoir, en 1926, le prix de la Faculté, et celui de M. le Professeur Duvergey, qui a été l'initiateur de cette thèse et qui m'a fait le très grand honneur d'en accepter la présidence.

Que MM. les Docteurs Ramarony et Nard (de Libourne), qui m'ont grandement aidé dans l'édification de ce travail, reçoivent l'assurance de mes plus vifs remerciements.

LES

PERFORATIONS VÉSICALES

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE DE L'APPENDICE. SES RAPPORTS AVEC LA VESSIE

Etude de l'appendice.

Nous ne nous appesantirons pas sur la description trop classique de l'appendice, mais nous voulons seulement rappeler en quelques lignes sa dimension aux différents âges de la vie, sa situation topographique et les rapports qu'il peut éventuellement présenter avec la vessie.

L'appendice naît ordinairement sur la paroi interne ou postéro-interne du cæcum, à une distance variable de 5 millimètres à 2 centimètres suivant l'âge, au-dessous de l'angle iléo-cæcal; quelquefois il fait suite au sommet, au point le plus déclive de l'organe, gardant ainsi sa disposition foetale.

La longueur de l'appendice est excessivement variable, allant chez l'adulte depuis 3 centimètres (Lafforgue), sans compter les cas où on ne le trouve même pas tellement il est petit (Merling, Michel, Tarenetzku, P. Delbet), jusqu'à 23 centimè-

tres (Luschka) et même 24 centimètres (Georgieff). Sappey lui donne une longueur moyenne de 6 à 12 centimètres. Mariage 5 à 6 centimètres seulement.

La longueur moyenne chez le fœtus de 9 mois serait d'après Toft de 4 cm. 5 et chez l'enfant de 1 an de 5 centimètres (Val-lée). L'appendice aurait, d'après Ribbert, sa plus grande longueur absolue entre 10 et 30 ans, puis il diminuerait progressivement pour aboutir à une véritable atrophie chez le vieillard. Mais la plus grande longueur relative serait d'après Meckel chez l'embryon et le nouveau-né : le rapport de la longueur du processus au canal alimentaire serait, pour cet auteur, de 1 à 71 chez le nouveau-né, tandis que chez l'adulte il serait de 1 à 115.

D'après Ribbert, le rapport de l'appendice au gros intestin chez les embryons et les nouveau-nés serait comme 1 à 10; chez l'adulte, comme 1 à 20.

Le diamètre de l'appendice est en moyenne de 6 à 7 millimètres chez l'adulte; chez l'enfant, même indemne de toute lésion, il est presque aussi gros (Jacob). Nous retiendrons de tout cela que l'appendice est proportionnellement plus important chez l'enfant que chez l'adulte.

La situation de l'appendice doit être envisagée de deux façons :

- 1° Sa situation dans l'abdomen qui varie suivant celle du cæcum, ce qui revient à étudier la situation du cæcum.
- 2° Sa situation propre par rapport au cæcum.

1° SITUATION VARIABLE DU CÆCUM.

A l'état normal, le cæcum est, dans la plupart des cas, situé dans la fosse iliaque droite, dans une loge constituée, en avant par la paroi abdominale antérieure et, en arrière, par le muscle psoas-iliaque sur lequel il repose. Par son bord interne, le cæcum vient affleurer les vaisseaux iliaques. En bas, son point le plus déclive arrive ordinairement jusqu'à l'arcade crurale

dans une proportion de 70 à 78 p. 100 des cas d'après Alglave (1907). Mais il arrive fréquemment que le cæcum n'occupe que la partie toute supérieure de la fosse iliaque, il est alors en position haute, position qu'il occuperait dans 3 p. 100 des cas seulement. Inversement, le cæcum peut être situé plus bas, descendant alors dans l'escavation pelvienne, et cela dans 16 à 30 p. 100 des cas toujours d'après Alglave; et cette disposition pelvienne du cæcum serait d'après cet auteur plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Trèves, sur 100 cas, trouve 18 fois le cæcum dans la cavité pelvienne.

Robinson donne un pourcentage de 23 p. 100.

La statistique de Barnsby portant sur 106 femmes adultes, 12 âgées et 9 fœtus, ne donnerait que 4 cas de cæcum pelvien, ce qui ne correspond guère avec les vues d'Alglave.

Legueu dans une statistique purement infantile rapporte 14 cas de cæcum pelvien sur 100 cadavres d'enfants examinés.

En définitive, pour ce qui nous intéresse, il ressort très nettement de tout ceci que le cæcum pouvant, en faisant une statistique moyenne de 20 p. 100 des cas, se trouver en position pelvienne se rapproche de la sorte notablement de la vessie.

2° RAPPORTS DE L'APPENDICE AVEC LE CÆCUM.

L'appendice peut occuper par rapport au cæcum des situations diverses, c'est ainsi que Testut et Lafforgue distinguent quatre types différents :

- ascendant,
- descendant,
- latéral interne,
- latéral externe.

Quand il est descendant, il croise le psoas, s'engage dans le petit bassin, où il se met en rapport avec les organes de cette cavité.

Jonnesco décrit également :

- le type sous-cæcal;
- le type précæcal;
- le type rétrocæcal;
- le type latéro-cæcal.

Dans le type sous-cæcal, l'appendice pend au-dessous et, généralement, à gauche du cæcum, « très souvent, dit-il, il siège dans l'escavation pelvienne où il peut toucher et même adhérer par son extrémité libre au colon pelvien, au rectum, à la vessie, à l'utérus, à l'ovaire, à la trompe, au ligament large ».

La plupart des auteurs (Testut, Clado, Jonnesco, Lafforgue, Jacob) admettent que la direction la plus fréquente est le type descendant et interne.

Pour Trèves, Fergusson, Berard, l'appendice serait, généralement, soit en arrière de la partie terminale de l'iléon et de son mésentère, soit en arrière du cæcum.

Le siège pelvien de l'appendice n'est, par le fait, qu'une variété ou plutôt qu'une forme plus accentuée du type descendant. Nous nous sommes demandé quelle en était la fréquence

Fréquence de l'appendice pelvien.

Fergusson donne 11 appendices pelviens pour 200 cadavres, soit 5,6 p. 100.

Engel, donne une proportion de 8 p. 100.

Lafforgue, sur 127 cas, trouve 20,5 p. 100 d'appendices pelviens.

Bérard, sur 86 cas, arrive à 33,7 p. 100.

Barnsby, sur 127 cas de femmes, donne 32 p. 100.

Bernex qui ne fait également des recherches que sur les femmes n'arrive qu'à 18 cas sur 130 soit 13,8 p. 100.

Tuffier et Jeanne trouvent une proportion de 30,7 p. 100 d'appendices pelviens et mi-pelviens (32 cas sur 118 sujets).

Chevallier, par un hasard favorable, dit-il lui-même, tombe sur 8 appendices pelviens parmi ses 19 sujets, soit 47,4 p. 100.

Marchand arrive à 15 cas sur 58 cadavres, soit 25 p. 100.

Robinson sur 128 sujets examinés donne 42 p. 100 d'appendices dans l'excavation pelvienne.

Rhaban Liertz (1909) dans un important travail sur la topographie de l'appendice a dépouillé une statistique de 2.092 cas, qui lui ont permis d'arriver aux résultats suivants :

1215, soit 58,1 p. 100 de positions typiques

877, soit 41,9 p. 100 de positions atypiques.

Parmi les positions typiques, il distingue :

Près du petit bassin, 755 cas, soit 37 p. 100;

En dedans du cæcum, 254 cas, soit 12 p. 100;

En dehors du cæcum, 206 cas, soit 10 p. 100;

Parmi les positions atypiques il distingue :

Position retrocæcale, 433 cas, soit 21 p. 100;

Position vers le haut, 97 cas, soit 4 p. 100;

Dirigé en avant, 48 cas, soit 2 p. 100;

Enfoncé dans le cæcum, 8 cas, soit 0,3 p. 100;

Situé à gauche du cæcum, 16 cas, soit 0,7 p. 100;

Dans une hernie, 275 cas, soit 13 p. 100.

Ces statistiques oscillant entre 5,6 p. 100 (Fergusson) et 47,4 p. 100 (Chevallier) sont faites pour jeter le trouble dans l'esprit de celui qui veut connaître la proportion approximative de la fréquence de l'appendice pelvien. Une moyenne arithmétique de ces différents pourcentages donnerait 26 p. 100 des cas, nous n'oserions affirmer qu'elle corresponde à la réalité. En effet, comme le font remarquer Bérard et Chevallier, la position de l'appendice, de même que celle de l'utérus, doit varier chez le même sujet à différents moments suivant l'état de distension ou de vacuité des organes pelviens et de l'abdomen, suivant la position du sujet, de telle sorte qu'un appendice rétrocæcal ou latéro-cæcal interne dans le décubitus dorsal (position cadavérique) peut fort bien devenir pelvien en station debout. La grande longueur de l'appen-

dice ne suffit pas, pour ces auteurs, à l'explication de sa position pelvienne; un appendice extrêmement long pouvant avoir une direction dirigée vers le haut ou une position pelotonnée sur le cæcum. La disposition du méso a, par contre, pour eux une grosse importance. Normalement, Testut et les classiques décrivent à ce méso une base qui s'insère depuis l'origine de l'appendice sur le cæcum jusqu'à l'angle iléo-cæcal, au delà il se confond avec le feuillet inférieur du mésentère. En réalité, ce ligament est sujet à des variations, quelquefois sa base est située sur la fosse iliaque même, d'autres fois le méso fait complètement défaut. Ce méso a une hauteur excédant rarement 2 à 3 centimètres et, suivant le point plus ou moins haut où se fera son insertion terminale sur l'appendice, il laissera une plus ou moins grande partie d'appendice libre, d'appendice flottant. On voit donc le rôle que peut jouer ce méso dans la genèse d'un appendice pelvien. Insistant encore sur les nombreux facteurs qui modifient sans cesse la statique abdominale, nous pouvons nous demander avec Chevalier s'il n'est pas jusqu'aux mouvements propres de l'intestin et de l'appendice (celui-ci étant pourvu d'une paroi musculaire) qui ne puissent avoir une certaine action modificatrice de la position de cet organe dans le ventre.

En résumé de tout ce qui précède, il ressort qu'il n'est pas nécessaire, pour que l'appendice entre en contact avec la vessie, que le cæcum soit forcément en position pelvienne. S'il l'est, comme il vient le plus souvent se loger dans la fosse juxta-vésicale droite, quels que soient les rapports de l'appendice avec le cæcum, à ce moment-là, l'appendice entrera toujours en rapport plus ou moins direct avec le globe vésical. Le contact sera surtout intime quand l'appendice, et c'est le cas le plus fréquent, se trouvera par rapport au cæcum en position latérale interne. Comme le fait remarquer Guyonneau quand le cæcum est dans le cul-de-sac de Douglas, l'appendice n'échappe au contact direct d'avec la vessie que s'il est franchement retrocæcal, cas assez rare.

Chez la femme, il faut, pour que l'appendice entre en rap-

port avec la vessie, une condition de plus : c'est que le cæcum descendu vienne se loger en avant et non en arrière du ligament large, c'est peut-être là l'une des explications du moins grand nombre de cas de perforation vésicale d'origine appendiculaire que l'on rencontre chez les femmes.

La vessie, malgré ses mouvements alternatifs dus à ses états de réplétion et de vacuité, est, grâce à ses attaches, un organe beaucoup plus fixe que l'appendice et, excepté le cas signalé par Tuffier et Jeanne ⁽¹⁾, où c'était la vessie qui, surdistendue, allait au-devant de l'appendice, c'est la règle générale que ce soit l'appendice qui vienne vers la vessie. Alors, et nous verrons cela au chapitre de l'étiologie, il ne suffit plus que d'une inflammation de la région, pour fixer à tout jamais à la paroi vésicale, cet appendice voisin resté jusque-là balladeur.

(1) Tuffier et Jeanne, obs. LXI, p. 277 (Rétention chronique par hypertrophie prostatique).

CHAPITRE II

ETIOLOGIE. — FREQUENCE

I. — **Étiologie.**

Etant donné les positions basses possibles de l'appendice, on conçoit aisément qu'une inflammation de cet organe puisse, par l'intermédiaire d'un abcès, produire une perforation vésicale, mais nous verrons aussi qu'un abcès appendiculaire primitif, en situation iliaque normale, pourra également donner, après un trajet plus ou moins compliqué, une fistule vésicale. Sans vouloir entrer dans le processus intime de formation de ces abcès appendiculaires, ce qui nous entraînerait à faire l'étiologie générale de toute appendicite, nous nous demanderons quel est, de ces deux processus, le plus fréquent; en d'autres termes, si la situation pelvienne de l'appendice prédispose particulièrement à l'appendicite.

Vautrin pense que, dans les cas d'appendices pelviens, l'augmentation de la longueur et du calibre, les rotations ou plicatures qui en résultent favorisent l'inflammation de cet organe.

Jalaguier fait intervenir l'action traumatisante causée par la contraction du muscle psoas.

Chez la femme, Roux, Quenu, Brun, pensent que la menstruation congestionne tout le petit bassin, et ces auteurs rapportent des cas où la crise appendiculaire coïncidait avec le début des règles.

Le rôle de la grossesse est mal établi, mais il est autorisé de penser qu'un appendice plongeant dans le petit bassin sera plus qu'un autre traumatisé par l'élargissement de l'utérus,

davantage encore au moment de l'engagement. Enfin, étant donné la fréquence des lésions utéro-annexielles et, connaissant les rapports réciproques de ces organes sur l'appendice, nous ne pouvons pas ne pas conclure à une plus grande possibilité d'inflammation dans le cas d'appendices pelviens. En réalité, il est très difficile de vérifier par des statistiques les vues de ces auteurs. Notons simplement qu'Archibald, sur une statistique de 89 appendicites, trouve 22 cas d'abcès, dont 7 sont pelviens, c'est-à-dire une proportion de 32 p. 100 d'abcès pelviens parmi tous les abcès appendiculaires. D'autre part, Rotter (1900) arrive également à un chiffre voisin et admet au tiers, soit 33 p. 100, la fréquence des abcès pelviens parmi tous les abcès appendiculaires. Si nous rapprochons ces chiffres du pourcentage moyen de 26 p. 100 que nous avons établi pour la fréquence de l'appendice pelvien, nous voyons que, réellement, il y a proportionnellement un plus grand nombre d'abcès appendiculaires pelviens que d'abcès appendiculaires normalement situés.

En ce qui concerne le sexe, d'après les vues de Barnsby sur le retentissement inflammatoire réciproque possible des organes utéro-annexiels et appendiculaire, il en résulterait que l'appendicite pelvienne serait plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Nous savons que, normalement, l'homme est beaucoup plus sujet à l'appendicite que la femme, et cela dans une proportion de 79 p. 100 d'hommes contre 21 p. 100 seulement de femmes, d'après Talamon. S'appuyant sur ce fait, d'une part, et, d'autre part, sur ce qu'en cas d'appendicite uniquement pelvienne, le rapport des cas d'hommes aux cas de femmes tend à s'égaliser, nous pouvons conclure, avec Chevallier, à la justification de la plus grande proportionnalité relative des cas d'appendicite pelvienne chez la femme. Pour ce qui nous occupe, nous avons fait remarquer que, pour avoir une fistule appendiculo-vésicale, il était nécessaire que l'abcès appendiculaire fût en avant du ligament large, condition qui diminue notablement les cas de fistules vésicales post-appendiculaires chez les femmes, et, malgré cela, sur les 54 cas que

nous reproduisons, 33 concernent des hommes et 16 des femmes, c'est-à-dire que nous avons encore un pourcentage de 68 p. 100 de cas chez les hommes contre 32 p. 100 de cas chez les femmes, rapport qui, comparé à celui de Talamon, plaide encore en faveur de la plus grande proportionnalité relative des cas d'appendicite pelvienne chez la femme.

En ce qui concerne les enfants, une étude du professeur Rocher de 1906, portant sur une statistique de 73 cas, nous donne 21 cas de 5 à 10 ans et 44 cas de 10 à 15 ans, avec une égale proportion, d'ailleurs, de garçons et de filles (33 garçons, 37 filles) et, si nous comparons ces chiffres à ceux des auteurs qui ont envisagé l'appendicite infantile en général :

	De 5 à 10 ans.	De 10 à 15 ans.
Jalaguier	42 cas	64 cas
Brun	20 cas	22 cas
Matterstock	25 cas	35 cas
Gordon	33 cas	41 cas

Nous trouvons que l'augmentation de fréquence de l'appendicite, de 10 à 15 ans, est proportionnellement plus accusée en cas d'appendice pelvien.

En résumé, nous voyons d'après ce qui précède, que s'il est hasardeux de conclure du chiffre proportionnel anatomique d'appendices pelviens au chiffre proportionnel clinique d'appendicites pelviennes, la position pelvienne de l'appendice n'en prédispose pas moins à l'inflammation.

II. — Fréquence.

Les perforations vésicales sont, disons-le tout de suite, une complication rare de l'appendicite (Chevallier, Loiseau, Appuhn, Person, Arnal, Pascal, Guyonneau). Une enquête faite auprès des chirurgiens bordelais nous a, à ce sujet, confirmé cette opinion.

Bull, dans une statistique portant sur 59 cas d'abcès appendiculaires ouverts spontanément, ne rapporte que 2 cas d'ouverture dans la vessie.

M. le Professeur Chavannaz, dans son travail paru en 1897 sur les fistules vésico-intestinales portant sur 95 cas, ne relève que 1,05 p. 100 des cas dans lesquels la fistule était appendiculo-vésicale, et encore englobait-il dans ce chiffre les fistules de toutes natures, tant d'origine appendiculaire que néoplasique, tuberculeuse, actinomycosique et même traumatique. En 1926, G. Albano (Rome [anal. in *Journal de chirurgie*, t. 29, p. 77]) donne une étude d'ensemble des fistules entéro-vésicales et, sur 400 cas observés, il évalue à 5 p. 100 la fréquence des cas où la fistule était appendiculo-vésicale.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis de recueillir dans la littérature médicale, tant française qu'étrangère, plus de 50 cas où l'origine appendiculaire de la perforation est hors de doute. Ceci nous prouve que, quoique rare, cette complication de l'appendicite mérite attention. En ce qui concerne le sexe, nos cas comprennent 35 observations d'hommes et 16 de femmes.

Selon l'âge, nous avons relevé :

- 4 cas de 0 à 10 ans;
- 4 cas de 10 à 15 ans;
- 24 cas de 15 à 30 ans;
- 11 cas de 30 à 50 ans;
- 8 cas au-dessus de 50 ans.

Nous ne retrouvons pas ici la fréquence que nous avons laissé prévoir assez grande chez l'enfant. Cela tient vraisemblablement au manque d'observation des auteurs, les cas de fistules intestino-vésicales pouvant, chez l'enfant non encore éduqué, passer facilement inaperçus du fait de l'inobservation du caractère de ses matières et de ses urines.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La propagation du processus phlegmasique de l'appendice à la vessie peut se faire par deux grandes voies : la voie extra-péritonéale et la voie péritonéale.

1° *Voie extra-péritonéale.* — D'après Brun (Obs. XXI), Bonnet (Obs. XLVII), l'inflammation se propage à la vessie par l'intermédiaire du tissu cellulaire sous-péritonéal; la cavité de Retzius peut ainsi s'enflammer et la vessie être lésée sans que le péritoine soit atteint. Les phlegmons d'origine appendiculaire sont le plus souvent antérieurs et consécutifs à l'inflammation d'un appendice en général collé contre la paroi abdominale antérieure. Mais comme le fait remarquer Hallé dans son article sur les péricystites, de chaque côté, la cavité de Retzius se prolonge sur les faces latérales de la vessie en se confondant avec l'espace cellulaire sous-péritonéal. L'inflammation de cette région, toujours par voie extra-péritonéale pourra donner un phlegmon latéral.

2° *Voie péritonéale.* — C'est la voie la plus fréquente.

Elle peut résulter soit d'une péritonite généralisée, soit d'une péritonite localisée, et, parmi ces péritonites localisées, les unes ne comprennent qu'un seul foyer mettant directement en relation l'appendice et la vessie, la forme de ce foyer rappelle souvent, dans ce cas, celle d'un sablier présentant une partie étranglée entre la poche pelvienne et la poche iliaque. Les autres comportent plusieurs foyers qui peuvent même n'être pas

en relation directe avec le foyer appendiculaire; c'est à propos de ces cas que Brun s'exprime ainsi :

« Dans quatre cas, à côté du foyer principal péri ou rétro-cæcal, et indépendant de lui, j'ai trouvé des foyers secondaires isolés entre les anses intestinales agglutinées, foyers que je n'ai pu découvrir que grâce aux manifestations auxquelles je me livrais en cherchant l'appendice. Un siège de prédilection de ces foyers me paraît être la partie la plus interne et la plus inférieure de la région cæcale, en arrière du muscle droit, au voisinage de la vessie. »

Il arrive très souvent, comme le fait remarquer Caillet, qu'une traînée de péritonite plastique les relie au foyer péri-cæcal; c'est alors la véritable péritonite enkystée à foyers multiples de Nelaton.

Ces abcès secondaires évoluant pour leur propre compte peuvent de la sorte s'ouvrir dans la vessie. Maintenant que nous connaissons la marche du processus phlegmasique appendiculaire jusqu'à la vessie, voyons les lésions de celle-ci.

Lésions de la vessie au cours des infections périvésicales d'origine appendiculaire.

Le foyer inflammatoire portant atteinte au péritoine vésical et au tissu cellulo-conjonctif périvésical, il y a « péricystite », ou plus exactement « pericystite fausse », car la phlegmasie vient de l'extérieure de la vessie en opposition, comme le veut Hallé, aux « péricystites vraies », qui sont d'origine endovésicale. Notons avec Guyon que les fistules vésico-intestinales sont rarement secondaires à des péricystites vraies, c'est-à-dire à des lésions d'origine endovésicale.

L'inflammation, une fois parvenue autour de la vessie, peut ensuite se propager à la vessie elle-même : d'abord à la tunique la plus externe : la musculuse; c'est alors la cystite interstitielle, qui peut être généralisée ou seulement limitée à

une plaque de plus ou moins grande étendue. Les autres tuniques peuvent, à leur tour, être envahies. On se trouve alors en présence d'une cystite totale. Enfin, si la cystite progresse, si les tuniques vésicales sont détruites, la perforation survient.

Notons que cette perforation est favorisée par la rétention d'urine de quelque origine qu'elle soit : La paroi vésicale soumise à deux pressions de sens opposés subit plus facilement un sphacèle local et se perforé.

L'abcès appendiculaire peut ainsi s'évacuer purement et simplement par la vessie sans présenter d'autres symptômes qu'une pyurie plus ou moins abondante et plus ou moins tenace. Dans ces cas, on peut admettre que l'abcès n'est pas ouvert du côté de l'intestin. Nous n'avons qu'une fistule vésicale. Dans d'autres cas, l'abcès est ouvert simultanément du côté de l'intestin et du côté de la vessie, réalisant ainsi une véritable fistule intestino-vésicale. Un cas intermédiaire est réalisé par l'observation XXV (Leplat), dans laquelle l'abcès péritonéal s'était ouvert dans la vessie, tandis que se fermait la communication intestinale après passage d'un calcul fécaloïde qu'on retrouva dans l'abcès.

Les cas de libre communication entre l'intestin et la vessie peuvent encore se diviser en deux sous-groupes : les fistules directes et les fistules indirectes.

Dans les fistules directes, la communication entre les deux organes se fait par l'intermédiaire de la lumière appendiculaire plus ou moins altérée (Obs. XI, Kracovizer), ou d'un trajet fistuleux régulier (Michel et Gross [XXXIV], Jervell [XX], Keen [XXIX]). Dans les fistules indirectes, au contraire, on trouve entre l'appendice et la vessie, sur le trajet fistuleux ou communiquant avec lui, une ou plusieurs poches (fistules indirectes simples : Johnson, Munich, Stedmann, Roux, Hallé, Brun, Lutaud, Fowler, Leclerc, Bazy, etc.) pouvant, elles-mêmes, communiquer d'ailleurs avec d'autres organes creux ou même avec l'extérieur, comme dans le cas de Ménière, 2 (fistules indirectes avec communication dans un organe creux : Dance et Husson, Ménière, Salzer, Boiffin, Poncet, Sedillot).

En ce qui concerne la perforation vésicale elle-même, elle peut être plus ou moins grande, plus ou moins régulière. Elle est généralement unique; cependant, dans les observations de Kingdon (VI), de Hallé (XVII), nous en observons deux. Nous n'avons pas trouvé d'observation en mentionnant davantage.

Le siège de ces perforations sur la vessie elle-même est des plus variable.

Parmi tous les cas où la situation de la perforation a pu être constatée (laparotomie, cystoscopie, autopsie), nous avons relevé :

Sur la paroi antérieure, 4 fois : Jonhson, Kingdon, Morgan, Brun;

Sur la paroi postérieure, 7 fois : Salzer, Munich, Krawcowizer, Stedman, Guinard, Pousson, Gordon;

Face latérale droite, 5 fois : Reymonds, Jervell, Pousson, Caraven, Ramarony;

Face latérale gauche, 0 fois;

Bas-fond, 3 fois : Sedillot, Rochester, Halle;

Sommet (côté droit), 3 fois : Walther, Papin, Schiffmann.

C'est donc sur la face postérieure et latérale droite que les perforations se font le plus fréquemment; c'est exactement la région que nous avons indiquée au chapitre anatomique de ce travail comme étant le plus fréquemment en contact avec l'appareil cæco-appendiculaire prolabé.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

« Lorsque dans le cours d'une appendicite, nous dit Duret (de Lille), présentant d'ailleurs tous les symptômes cliniques qui lui sont propres, douleur dans le flanc droit, ballonnement du ventre, troubles gastro-intestinaux, fièvre, etc., une ouverture doit se faire du côté de la vessie, il se développe une péricystite plus ou moins accusée qui se traduit par des troubles de la miction plus accentués que dans les cas ordinaires, où ils sont de nature réflexe. On observe du ténesme, des épreintes, des envies fréquentes d'uriner et quelquefois même de la rétention, puis, tout à coup, au moment d'un effort, le malade est pris d'un besoin impérieux d'uriner et il rend une urine trouble, présentant parfois une odeur fétide, fécaloïde. Il peut s'échapper en même temps des gaz, des corps étrangers et des tissus gangrenés. Ces perforations vésicales seront accompagnées dans quelques cas d'hématuries plus ou moins graves, quelquefois répétées, causées par une cystite fongueuse. Parfois elles sont suivies de mort. »

Voici une magistrale description qui, certes, à elle seule, contient toute la symptomatologie.

Cependant, nous voudrions attirer l'attention sur les cas où la communication s'opère d'une façon moins bruyante, moins dramatique. Sans cette véritable « vomique vésicale », c'est la forme insidieuse : la perforation s'établit sans éveiller l'attention du patient ni du médecin. Cette forme a été observée par Damien-Masson, Hallé, Ménière. Il arrive même (cas de Salzer) que cette complication de l'appendicite ne soit pas reconnue du vivant du malade.

I. — Symptômes de réaction vésicale, de péricystite.

Les troubles urinaires réflexes au cours de l'appendicite sont bien connus (Guyonneau, Appuhn, Pascal, etc.). Ces troubles ne se manifestent, uniquement, en ce qui concerne la zone vésicale, que par une légère pollakiurie, avec envies plus fréquentes et plus impérieuses d'uriner. Quelquefois un peu de cystalgie. A ces troubles réflexes peu accentués et fugitifs, on doit opposer ceux plus constants et plus violents, symptomatiques d'une péricystite, ce sont alors les épreintes, le ténesme, dont parle Duret, avec des symptômes nets de cystite ou tout au contraire de la rétention, due à la paralysie consécutive à l'inflammation de la séreuse (tout muscle sous-jacent à une séreuse enflammée se paralyse).

Ces symptômes de réaction vésicale, antérieurs à la perforation, doivent bien être distingués de ceux qui, consécutifs à la perforation, sont dus à une cystite franche. Vladoff, dans sa thèse (Lyon, 1898), cherche l'explication de l'intensité des symptômes vésicaux dans le siège de l'abcès appendiculaire. Celui-ci donnerait lieu à des symptômes atténués lorsqu'il siège sur la face latérale droite de la vessie, les phénomènes seraient au contraire très intenses quand l'ouverture de l'abcès se ferait par le côté antérieur du réservoir urinaire.

II. — Symptômes fonctionnels de la fistulisation simple.

Parmi les symptômes de la fistulisation, c'est-à-dire de la perforation vésicale, il en est un qui est constant, c'est la *pyurie*.

Cette pyurie, qui, au début, était massive et donnait l'aspect d'une véritable « vomique vésicale », s'éclaircit en général par la suite.

Au point de vue bactériologique, il serait intéressant d'étudier ce pus. Nous n'avons trouvé aucun travail à ce sujet,

si ce n'est l'observation de Hallé, qui constata la présence, en extrême abondance, du colibacille, concurremment avec des cellules plates vésicales, et l'expérience d'Otto, qui est arrivé à obtenir une culture pure de ce coli et à l'inoculer au lapin qui, au bout de trois jours, présenta fièvre et diarrhée.

Cette pyurie présente, et nous n'insistons pas, tous les caractères des pyuries vésicales en opposition aux pyuries rénales.

L'hématurie est un signe beaucoup plus rare, tout au moins l'hématurie macroscopique, car, dans la plupart des cas, les recherches de laboratoires pouvant déceler la présence d'une petite quantité de sang n'ont pas été faites.

Cette hématurie peut devenir extrêmement abondante et même mortelle comme dans le cas rapporté par Hallé (Obs. XVII).

Jullien (Obs. XLV) a signalé un cas où il y avait alternance de pyurie et d'hématurie.

Comme toute hématurie vésicale, elle apparaît à la fin de la miction.

Le sang provient, dans la plupart des cas, soit des vaisseaux saignants à la chute d'une eschare, soit d'ulcérations simples ou diathésiques, soit encore de la présence d'un calcul ou corps étranger.

Affaissement de la tumeur. — Les collections périvésicales reconnues par le palper abdominal ou le toucher se sont très souvent évanouies sous les yeux mêmes des chirurgiens :

Moulonguet, au moment où il se posait la question de l'intervention, a senti par le palper que l'abcès appendiculaire avait brusquement disparu, et le malade urina pendant la journée un verre de pus.

Pauchet voit un abcès du volume d'une orange fondre sous ses yeux, au moment où, dilatant l'anus, il se préparait à inciser la paroi antérieure du rectum.

Rémission de l'intensité des phénomènes locaux et généraux. — C'est là, et nous n'insistons pas, le fait de l'évacuation de toute rétention purulente.

Pyurie, hématurie, affaissement de la tumeur, rémission des symptômes généraux, sont les signes de la perforation de la vessie au cours d'une crise d'appendicite.

III. — Signes de la fistulisation complète, c'est-à-dire signes des fistules intestino-vésicales.

Quand l'abcès ouvert du côté de la vessie l'est également du côté de l'intestin, il y a libre communication et la conséquence en est la migration possible du contenu intestinal dans la vessie et vice-versa.

a) PNEUMATURIE. — C'est l'émission de gaz par l'urètre; cette pneumaturie survient en général à la fin de la miction : les gaz se trouvant au-dessus de l'orifice uréthro-vésical, lorsque le niveau de l'urine baisse, les gaz s'évacuent, ils sortent en pétarade (miction musicale de Guinard) et sont d'odeur le plus souvent fécaloïde. C'est cette pneumaturie qui était le symptôme le plus gênant et dont se plaignait le plus le malade de Pousson (Obs. XXII).

Dans quelques cas rares, les gaz sortent par la verge en dehors de la miction et sans que le malade puisse s'y opposer. C'est en particulier ce qui arrivait au malade de Putegnât. La position prise par le patient peut influencer aussi sur la sortie des gaz : le malade de Wilshire en rendait lorsqu'il urinait debout, tandis que la miction était normale quand il urinait couché.

b) STERCORURIE. — Suivant le calibre de la fistule et l'état plus ou moins consistant des matières stercorales, cette stercorurie sera plus ou moins intense (Sédillot, obs. V; Morgan, obs. X; Person, obs. XXXVI; Bazy, obs. XXVIII; Fowler, obs. XXVI). Elle peut exister en période de diarrhée, manquer complètement quand le malade est constipé.

Mêlés à ces matières fécales, on a vu s'éliminer par l'urètre des calculs, des vers intestinaux (Kingdon, VI), des grains

d'avoine avalés quelques jours auparavant (Jervell, obs. XX), une épingle (Goode Henry, obs. IX). Dans un cas, le passage des aliments dans la vessie était tellement marqué, nous dit Chavannaz, que rien qu'en examinant les urines le médecin du patient pouvait reconstituer le menu de son malade. Remarquons que cette stercorurie s'accompagne en général de phénomènes de cystite aiguë (Obs. X, XXVI, XXXIII, XXXVIII, XIV, XX, XXII) ou dans certains cas, est très bien supportée (Obs. XXIV, XXVIII, XXX, XXXVI, VIII, XII).

c) EMISSION D'URINE PAR L'ANUS. — Ce phénomène a été observé dans quelques cas (Obs. XI), soit que l'urine suive l'unique trajet fistuleux existant, soit, et c'est le cas le plus fréquent, que l'urine, mêlée de matière fécales, dans la poche de l'abcès intermédiaire, ne s'échappe secondairement à la faveur d'une perforation siégeant quelque part sur le gros intestin.

Dans l'observation de Krackowizer (XI), le seul symptôme de communication intestino-vésicale était l'odeur urineuse des selles, le trajet fistuleux étant fermé par une valvule qui s'opposait au passage des matières fécales dans la vessie.

CHAPITRE V

EVOLUTION. — COMPLICATIONS

Dans la plupart des cas que nous avons pu recueillir, la perforation vésicale laissée absolument sans traitement, chirurgical actif a guéri toute seule (11 cas sur 21 de guérison sans traitement chirurgical) après avoir guéri elle-même une appendicite traînante.

Remarquons que ces cas de guérison sont survenus chez des sujets jeunes, chez lesquels la vessie résiste parfaitement bien à l'infection, et si la cystite s'établit, elle reste longtemps sans revêtir de caractères de gravité. Au contraire, nous dit Chavannaz, la cystite devient rapidement grave chez des malades porteurs d'un rétrécissement de l'urètre ou chez des sujets âgés dont le muscle vésical affaibli vide mal le contenu de la vessie; l'état général est alors toujours très précaire : l'amaigrissement, la perte progressive des forces et de l'appétit, les troubles digestifs et urinaires amènent progressivement la cachexie, et le malade meurt d'une façon lente dans l'hecticité et le marasme.

Ou bien le malade peut encore être emporté par l'une ou plusieurs des complications suivantes :

L'hématurie, qui, par suite de lésions de cystite fongueuse hémorragique, comme dans le cas de Halle (obs. XVII), peut devenir rapidement mortelle.

Calculs vésicaux. — Ces cas de calculs vésicaux consécutifs aux fistules appendiculo-vésicales ne sont pas rares (Goode Henry, obs. IX; Kingdon, obs. VI; Jervelle, obs. XX; Fowler, obs. XXVI; Krackowizer, obs. XI).

Ces calculs ont en général pour centre de formation un corps étranger (épingle, pépins de fruits), ou une particule stercorale; l'infection vésicale, existant toujours à l'état latent, ne fait que favoriser la production et l'accroissement de ces calculs. Les troubles fonctionnels qu'ils occasionnent s'accusent à l'occasion de mouvements de trépidations, se calment par le repos. Ces troubles viennent se surajouter à ceux de la fistule appendiculo-vésicale, dont il est très difficile de les dissocier; ceci explique les cas où le diagnostic de calcul, sans le secours de la cystoscopie, n'avait pas été fait *in vivo*.

Le pronostic de la coexistence de ces calculs avec une fistule appendiculo-vésicale est assez grave.

D'après les observations de Caillet, observations que nous avons pu vérifier, la mort surviendrait en deux ou trois ans si une intervention chirurgicale ou autre ne venait pas enlever le calcul.

Uretéro-pyélo-néphrite. — Cette complication due uniquement à l'infection a été relatée par Moulonguet en 1914 : il a vu au cours d'une fistule appendiculo-vésicale tous les signes d'une uretéro-pyéélite ascendante avec présence dans les urines de cylindres granuleux et de cellules rénales.

Faisons remarquer qu'outre l'infection la rétention favorise considérablement cette dernière complication.

Le cas du malade de M. le Professeur Duvergey semble s'être également compliqué de pyélonéphrite : mais, ici, il ne semble pas qu'elle soit consécutive aux troubles vésicaux, mais bien contemporaine de troubles appendiculaires.

Enfin n'oublions pas, comme complications toujours possibles, la *péritonite généralisée* (Sedillot, obs. V) et l'*infiltration d'urine*.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Au cours d'une appendicite typique, la constatation d'un, ou à plus forte raison de plusieurs symptômes que nous avons mentionnés au chapitre de la symptomatologie, suffira, dans le plus grand nombre des cas, à faire faire le diagnostic ou de perforation vésicale simple ou de communication vésico-intestinale.

Cependant il est des cas où les symptômes sont touffus, peu nets et doivent être discutés.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic différentiel des pyuries ou des hématuries, ce sont là choses classiques.

Pour ce qui concerne la pneumaturie, rappelons qu'en 1870 Blanquinque pensait que le seul signe du passage des gaz à travers l'urètre suffisait pour affirmer l'existence d'une fistule vésico-intestinale.

Aujourd'hui, grâce aux travaux de Guyon et de ses élèves, nous devons penser à éliminer les cas de fausses pneumaturies consécutives à l'introduction d'air dans la vessie par suite de fausses manœuvres de cathétérisme ou d'injection vésicale; de même à la possibilité d'une production spontanée de gaz dans la vessie sous l'influence de la glycosurie.

La stercorurie, elle, ne souffre aucune discussion et nous donne un signe certain de communication intestino-vésicale.

La cystoscopie nous offre actuellement les plus grandes ressources : elle permettra souvent de trouver l'orifice anormal, mais nous permettra-t-elle de le voir dans tous les cas ?

Evidemment non; il est des cas où, en raison de la situation de l'orifice au fond d'une cellule ou encore par suite du contenu anormal de la vessie, remplie de matières fécales, le cystoscope restera impuissant. Remarquons que, dans le cas d'engorgement de la vessie par des matières fécales, les cystoscopes à renouvellement de liquide, comme le recommande Chavannaz, seront particulièrement utiles.

Boss (*Zeitschrift für urologische chirurgie*, t. XX, 1926) rapporte un cas où, dit-il, au cystoscope, il n'a vu qu'une inflammation circonscrite dans la région de la perforation. Celle-ci était masquée par un œdème bulleux; dans d'autres cas, ajoute l'auteur, elle peut être masquée par un repli ou un trabécule de la muqueuse, d'où la nécessité de bien distendre la vessie pour l'examen.

Si l'on ne voit pas l'orifice de la perforation, on pourra néanmoins faire le diagnostic par élimination en n'observant aucune éjaculation purulente par les uretères et en constatant l'absence de lésions d'une cystite intense susceptible d'expliquer cette pyurie.

A la cystoscopie, l'examen a montré une fistule. Reste à en fixer la nature : c'est ici que les antécédents appendiculaires, annexiels, joueront un grand rôle, sans oublier de discuter les possibilités de fistules néoplasiques, tuberculeuses, voire même actinomycosiques, comme dans le cas rapporté par Ammentorp (*Centralbl. chirurgir.*, Leipzig, 1894, n° 44).

Signalons l'intérêt que pourrait avoir en pareil cas une radiographie après injection opaque du trajet fistuleux.

Cliniquement, l'aspect des matières fécales, leur odeur, leur état de digestion, leur moment d'apparition, pourront faire situer la fistule plus ou moins haut sur le tube digestif et faire ainsi soupçonner une fistule appendiculo-vésicale, surtout s'il y a eu quelques symptômes pouvant faire penser à une crise appendiculaire antérieure.

La cystoscopie, d'après Boss, pourrait même servir à faire le diagnostic étiologique de la perforation vésicale, et c'est ainsi qu'il s'exprime :

« L'aspect des vessies dans lesquelles s'est ouverte une collection salpingienne est bien différent de celui dans lesquelles s'est ouverte une collection appendiculaire : la paroi vésicale ayant été rendue rigide par l'adhérence des organes génitaux voisins enflammés, la perforation est large, irrégulière, c'est un vaste cratère noirâtre, avec plus ou moins d'ectropions sur ses bords. »

Mais si le diagnostic de la perforation une fois établie, est encore relativement facile, nous voudrions attirer l'attention sur le diagnostic, précoce en quelque sorte, c'est-à-dire sur toute collection juxta-vésicale susceptible de s'ouvrir dans la vessie, mais nous touchons ici au chapitre, si vaste, du diagnostic des affections pelviennes, tant appendiculaires qu'utéro-annexielles, que nous n'oserions l'entammer.

Rappelons seulement la nécessité du toucher rectal et vaginal pouvant déceler une appendicite pelvienne passée jusque-là inaperçue.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

L'ouverture des abcès appendiculaires dans la vessie est loin d'être une terminaison idéale, et si on a des cas dans lesquels cette complication a été la terminaison naturelle de l'appendicite, le foyer purulent se trouvant ainsi évacué, dans d'autres, au contraire, elle expose à la persistance d'une longue fistulisation vésicale, aboutissant à la mort du sujet par dénutrition et cachexie.

C'est qu'en effet, quand il y a libre communication entre l'intestin et la vessie ou plus exactement entre l'appendice et la vessie, nous aurons les mêmes phénomènes de dénutrition hâtive que l'on observe habituellement dans les cas d'anus contre-nature siégeant sur l'intestin grêle. Il faut à cet effet établir une distinction suivant le calibre de la fistule vésico-intestinale :

Dans les cas de petite communication, les gaz seuls ou des matières intestinales peu abondantes passeront dans la vessie, et la dénutrition ne se produira pas.

Tandis que dans les cas de communication large, outre les phénomènes de dénutrition hâtive, les débris alimentaires volumineux viendront irriter la vessie, parfois obstruer l'urètre et déterminer des accès de rétention dont l'importance est énorme au point de vue de l'infection urinaire ascendante.

Blanquinque a montré que suivant la direction, l'obliquité du trajet fistuleux, ou par suite de la disposition de sortes de valvules ou de calculs dans la lumière de ce trajet, dans certains de ces cas, le passage de l'intestin dans la vessie

ou de la vessie dans l'intestin ne pouvait se faire que dans un sens (Krackovizer, obs. XI). Les cas où les gaz pourraient seuls passer de l'intestin dans la vessie ou seulement les cas où l'urine de la vessie passerait seule dans l'intestin sans retour inverse seraient particulièrement favorables.

Chavannaz pense que la présence d'un vaste foyer de supuration interposé entre les deux ouvertures intestinale et vésicale assombrir le pronostic en favorisant les dégénérescences amyloïdes et l'hecticité. Un autre fait qui a également son importance au point de vue du pronostic, c'est la façon dont se fait l'évacuation de la vessie ; si le muscle vésical se contracte suffisamment, si l'urètre est libre, le pronostic sera beaucoup moins grave que s'il y a rétention même incomplète.

Les complications que nous avons signalées : calculs, hématuries, pyélonéphrite... viendront considérablement assombrir le pronostic si une thérapeutique active n'est pas mise en œuvre.

Enfin l'âge, la résistance des malades, la possibilité d'affections intercurrentes sont des facteurs dont il faudra tenir compte.

En résumé, le pronostic des fistules appendiculo-vésicales, quoique sévère, n'est pas, loin de là, toujours fatal, comme le veut Pascal, qui ne leur accorde qu'une survie moyenne de trois ans.

De toutes les complications, la plus redoutable est certainement l'infection, or celle-ci, comme l'ont démontré les travaux de l'Ecole de Necker, n'est encore qu'une complication rare.

A ce sujet, écoutons Guyon :

« Les matières intestinales et les gaz, dit-il, qui prennent voie par la vessie, déterminent de la cystite, mais l'inflammation de la muqueuse vésicale ne figure pas parmi les phénomènes précoces, et surtout elle évolue lentement, elle n'est pendant longtemps que très peu accentuée, elle se modifie très

facilement par de simples lavages à l'acide borique; la fièvre se montre très rarement. J'ai longtemps suivi et je suis encore des malades qui n'ont pas ou qui ont peu de troubles de la miction, ils ne les éprouvent que passagèrement; ils n'ont point d'accidents généraux. »

Mais n'oublions pas que nos malades, outre des fistuleux, n'en restent pas moins des appendiculaires, et qu'ils resteront soumis malgré leur évacuation par la vessie aux dangers d'une péritonite généralisée tant qu'ils ne se feront pas opérer de leur appendice.

Heureusement à l'heure actuelle nous sommes mieux armés qu'autrefois, et grâce au traitement opportun nous arrivons à prévenir ces complications, à les atténuer, à les guérir.

Des 51 observations que nous avons rassemblées, il ressort que :

10 sont morts sans traitement opératoire;

11 ont guéri sans traitement opératoire.

4 sont morts après interventions;

26 ont guéri après interventions;

et remarquons que les 4 morts après interventions sont des observations antérieures à 1900. Depuis 1900, tous les cas opérés l'ont toujours été avec succès.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Le traitement des perforations vésicales comporte en réalité deux traitements, l'un médical, l'autre chirurgical.

I. — Traitement médical.

Le traitement médical peut agir préventivement dans les cas où la fistule appendiculo-vésicale n'est pas encore formée, au stade où la collection est encore para-vésicale; c'est alors le traitement de toute appendicite que l'on ne veut pas opérer et que l'on est en train de refroidir : repos le plus complet, diète la plus sévère, glace sur le ventre...

Si la fistule s'est déjà produite, le traitement médical sera dans la plupart des cas palliatif et aura pour but d'empêcher les accidents infectieux de survenir :

Le porteur d'une telle fistule entéro-vésicale devra prendre des aliments susceptibles d'être nourrissants sous un petit volume pour éviter ou tout au moins retarder la dénutrition. Il devra s'abstenir d'avaler tout corps dur et non digestible comme les pépins, les noyaux de fruits, qui pourraient, en passant dans la vessie, devenir le point de départ d'un calcul ou qui nécessiteraient, pour s'évacuer par l'urètre, une trop grande souffrance.

Il faudra éviter la diarrhée qui facilite le passage des matières fécales dans la vessie, sans toutefois tomber dans la constipation qui favorise trop la pullulation des germes intestinaux.

Un point sur lequel on ne saurait trop insister c'est la surveillance de l'évacuation vésicale : l'usage d'une sonde à demeure fréquemment renouvelée et scrupuleusement propre semble indiqué dans ces cas (J.-L. Petit). Même en l'absence d'infection apparente, les grands lavages vésicaux avec une solution faiblement antiseptique sont à recommander. Enfin, les conditions de repos, d'hygiène générale, de vie au grand air devront être les meilleurs possibles.

Il n'est pas jusqu'aux petits moyens qui ne peuvent trouver ici leur utilité, c'est ainsi que Gueniot conseille la recherche d'une position spéciale pour uriner, position qui pourrait peut-être éviter ou tout au moins diminuer ces symptômes si gênants que sont la pneumaturie et la stercorurie.

Un tel traitement purement médical peut suffire dans bien des cas à la guérison, la fistule se fermant naturellement. C'est ainsi que sur les 51 observations que nous avons rassemblées, nous avons vu 44 cas de guérison sans l'aide du traitement chirurgical.

Mais si ces cas, disons heureux, existent, il n'en est pas moins vrai que dans 10 cas nous avons vu le malade succomber, ce qui nous fournit une mortalité de 50 p. 100 environ.

II. — Traitement chirurgical.

1° C'est au stade de collection suppurée périvésicale que le traitement chirurgical peut être considéré comme prophylactique de la perforation menaçante. On interviendra suivant la localisation, l'âge de la collection et les préférences du chirurgien, soit par voie vaginale, par voie rectale ou par voie abdominale, parfois par voie abdomino-rectale ou périnéale combinée.

Dans l'immense majorité des cas, la perforation de la vessie est ainsi évitée et les signes vésicaux disparaissent d'habitude immédiatement quelle qu'ait été leur intensité auparavant.

2° La perforation vésicale est constituée, mais sans signe de véritable fistule entéro-vésicale. Ce sont ces cas (Obs. XX,

XXXIV, XV, XVIII, XXXVIII) où la perforation vésicale a guéri temporairement l'appendicite; il existe seulement une fistule vésicale et c'est uniquement pour des urines troubles que le malade vient consulter. Dans ces cas, il est à peine besoin de faire remarquer que la fistule n'est rien et que l'appendice est tout et que c'est sur cet organe que l'on devra porter son action : il faudra enlever l'appendice en totalité, après l'avoir disséqué dans la plupart des cas à cause de la fréquence des adhérences et alors, comme le montrent les observations XXXIV, XX, XLVI, la cicatrisation de la fistule survient d'elle-même, et il est rare que l'on soit obligé de faire une suture vésicale à l'endroit de l'orifice fistuleux. Il est des cas cependant où l'ouverture du foyer appendiculaire, même l'appendicectomie (Obs. XLVII, L, LI), n'ont pas empêché la perforation vésicale de se produire, mais celle-ci une fois faite a guéri rapidement en quelques jours.

3° Il y a fistule appendiculo-vésicale : ici la conduite reste la même, il faut d'abord enlever l'appendice, mais comme la fistule peut être assez large, on peut, à l'exemple de Pauchet, placer quelques points de suture sur la paroi vésicale ou un simple point en U suffisant dans la plupart des cas (Obs. XLI, XLII, XLVIII).

En tout cas, il ne faut pas dans pareil cas se hâter d'intervenir par laparotomie, à moins d'indications spéciales. Poncet (de Lyon), dans la thèse de Person, recommande de savoir attendre et d'abandonner, à moins de complications, la perforation vésicale à sa voie naturelle qui est la cicatrisation de l'ouverture. On aura soin, dit-il, de procéder à la désinfection vésicale par des lavages intravésicaux. Plus tard, comme les accidents appendiculaires sont toujours à redouter, on fera la résection de l'appendice, autant que possible à froid.

Enfin, dans quelques cas, on peut avoir à faire des interventions complexes : extirpation de l'appendice avec taille vésicale ou lithotritie dans les cas de calculs vésicaux. Dans ces cas seulement, on pourrait être tenté de profiter de la taille pour faire une suture endo-vésicale de la fistule. Comme opéra-

tion chirurgicale palliative, rappelons l'entéro-anastomose faite par Boiffin (Obs. XVI), Musham Richard (XXXIII), qui lui a donné de bons résultats, et qui, dans quelques cas particulièrement rebelles à toute cicatrisation de la fistule, pourrait encore de nos jours être employée.

En résumé, il nous semble que, dès le début d'un abcès pelvien périvésical, l'incision, par une voie d'accès appropriée, doit être extrêmement précoce.

Si le malade vient alors que la perforation est effectuée, il convient de ne pas se hâter, de laisser refroidir la lésion avant d'intervenir, tout en luttant contre l'infection par un traitement médical. Une fois la lésion refroidie, on interviendra pour extirper l'appendice, et, suivant que la perforation vésicale est plus ou moins accessible, on en pratiquera la suture ou on l'abandonnera à elle-même.

Rappelons que, depuis 1898, les 24 observations postérieures à cette date que nous avons pu recueillir, se sont toutes terminées par la guérison. Voyons le progrès accompli et combien nous sommes loin de Boyer, qui, en 1826, pouvait dire que les fistules intestino-vésicales étaient au-dessus des ressources de l'art !

OBSERVATIONS RESUMEES

OBSERVATION I.

(DANCE et HUSSON, *Répertoire d'anatomie*, t. IV, obs. XVII, 1827.)

Fistule intestinale et vésicale. Guérison.

Garçon de 11 ans. Entérite grave. Trois mois après, tumeur dans la fosse iliaque droite; deux mois plus tard, ouverture spontanée au dehors, et ensuite dans le cæcum et la vessie. Guérison au dixième mois sans opération.

OBSERVATION II.

(MÉNIÈRE, *Archives de médecine*, 1828.)

*Abcès appendiculaire. Symptômes gastro-intestinaux.
Fistules à la fois abdominale et vésicale. Guérison.*

X..., 20 ans, porteur d'eau, assez faible, présente des symptômes gastro-intestinaux assez graves; la fosse iliaque droite est le siège d'un gonflement avec des élancements.

Saignée de bras, saignées. Le dix-septième jour, la tumeur a un volume de deux poings et le pus est rejeté au dehors par l'anus. En même temps, les urines, jusque-là claires, déposent une grande quantité de matières blanches ayant l'aspect du pus. Cette double évacuation continue pendant quelque temps, et, au bout de dix jours, le malade sort guéri.

OBSERVATION III.

MÉNIÈRE, *Archives de médecine*, 1828, p. 527.)

Phlegmon appendiculaire non traité, ouvert à la fois dans la vessie, le rectum et à l'extérieur. Guérison complète.

E... (L.-S.), 11 ans, ayant rendu à diverses reprises des portions de ténia, fut traité de cette maladie par des moyens empiriques très violents, qui occasionnèrent une entérite grave. Il conserve cependant des coliques dans la fosse iliaque droite. Trois mois après, tumeur dans la fosse iliaque droite. On la couvrit de différents emplâtres irritants, qui firent rougir la peau. Pendant les deux mois qui suivirent, la tumeur s'accrut peu à peu; le jeune malade souffrait beaucoup et ne pouvait plus marcher. Le pus s'écoule enfin au dehors; on agrandit l'ouverture extérieure et l'on remplace les onguents irritants par des cataplasmes émollients. La suppuration était louable mais peu abondante. La plaie se ferme et les accidents reparurent. Au bout de quinze jours, la tumeur reprit son volume primitif, et le pus fut rejeté par les selles.

La maladie datait de huit mois; le jeune garçon était maigre, la diarrhée persistait, l'appétit était presque nul et les urines déposaient une grande quantité de mucus purulent. Au bout de trois jours, la cicatrice de la peau se rompit et le pus s'écoula à la fois par le rectum, par la vessie et par l'ouverture extérieure.

On fait coucher le malade sur le ventre pendant une grande partie du jour et de la nuit; un régime sévère fut prescrit, des injections astringentes et détersives furent faites par la fistule cutanée; des boissons toniques furent prises en petite quantité et bientôt l'appétit reparut.

Au bout de deux mois, guérison complète.

OBSERVATION IV.

(JAMES JOHNSON, *Medic. chir. Review*, 1837.

Cæcal ulceration. Appendiceal abcess. Perforated bladder. Autopsy.

Jeune homme présentant des symptômes de phtisie pulmonaire et des phénomènes de cystite avec miction très douloureuse. Quelques hématuries. On pense à une affection rénale. Mort.

Autopsie. — Emaciation extrême. Existence de tubercules dans les poumons à toutes les périodes. Reins sains. Vessie saine au premier coup d'œil : muqueuse ni épaissie ni enflammée, mais sa paroi antérieure présente vers la partie moyenne un petit trou fistuleux du diamètre d'un pois. Cette ouverture communique avec la fosse iliaque droite par un trajet sinueux, qui aboutit à un abcès formé en partie par le cæcum, en partie par le tissu cellulaire.

La muqueuse cæcale, celle de l'iléon et de la valvule correspondante étaient profondément ulcérées. Tout le reste de l'organisme était sain.

OBSERVATION V.

(SÉDILLOT, *Annales de la chirurgie française et étrangère*, 1841.)

Abcès fistuleux de la fosse iliaque droite. Mort. Autopsie.

Officier de chasseur âgé de 34 ans, présentant un abcès fistuleux de la fosse iliaque droite avec plusieurs cicatrices d'anciens abcès dans la même région. De cet abcès, sortait du pus, accompagné de gaz, de matières stercorales et d'urine. Le malade succomba à une péritonite partielle.

Autopsie. — Parois abdominales de la fosse iliaque droite décollées et noirâtres. Le cæcum nageait au milieu d'un liquide également noirâtre et en arrière il présentait plusieurs ulcérations, qui avaient donné passage aux gaz et aux matières fécales pendant la vie. Plus trace de l'appendice. La prostate était transformée en

une collection purulente. Le bas-fond de la vessie était traversé par une ouverture communiquant avec les foyers purulents voisins de l'abcès iliaque.

OBSERVATION VI.

(KINGDON, W., *Med. and. chir. assoc.*, Londres, juillet 1842, p. 198.)

Fistule vésico-intestinale. Mort. Autopsie.

Garçon de 7 ans. Souffre de rétention¹ d'urine. Apparition au bout de l'urètre d'un lombric. Un an après, même crise de rétention avec douleurs violentes dans la région de la vessie, puis, un an après, urines purulentes. Passage de l'urine avec les selles. Fièvre élevée. Mort.

Autopsie. — Appendice dans le petit bassin; adhère à la partie supérieure et latérale de la vessie; celle-ci est petite et contractée autour d'un corps dur, reconnu pour une pierre.

Parois vésicales très épaissies et s'opposant presque complètement au passage de l'urine dans l'urètre. Ulcérations vésicales au niveau de l'orifice urétral. Un peu au-dessus, la vessie communique avec l'appendice par deux orifices fistulaires séparés l'un de l'autre par une étendue très mince. Dilatation des uretères et hypertrophie des reins.

Au centre de la pierre, on trouva une grande épingle.

Le diagnostic de calcul de la vessie ne fut pas fait *in vivo*.

OBSERVATION VII.

(SALZER et REULING, in *Deutsche Klinik*, 1855, t. VII, p. 368.)

Perityphlite, fistule vésico-intestinale. Mort. Autopsie.

Femme de 35 ans. Entre à l'hôpital avec le diagnostic de catarrhe gastro-intestinal fébrile. Au bout de huit jours, tuméfaction de la région iliaque droite très sensible à la pression.

Malgré le traitement (saignées locales, opium), la tumeur augmente de volume, les symptômes s'aggravent et le malade meurt de péritonite généralisée, due à une perforation de l'appendice.

Autopsie. — Entre les anses intestinales existe une cavité parfaitement délimitée par des adhérences et remplie de matières fécales liquides. Perforation du cæcum de la grandeur d'un noyau de cerise. De ce foyer part un long conduit fistulaire s'étendant jusqu'à la vessie, à la paroi postérieure de laquelle apparaît un orifice gros comme une pièce de 50 centimes, et par lequel les fèces étaient entrées dans la vessie. L'appendice, difficile à trouver, présente aussi une perforation grande comme un pois et dont un autre conduit fistulaire aboutissait au foyer fécal décrit plus haut. Dans l'appendice, présence d'un grain de plomb.

« Il était impossible, ajoute l'auteur, de reconnaître l'existence de la fistule vésicale *in vivo*, car la malade rendit involontairement ses urines et ses matières, surtout dans les derniers jours de sa vie.

OBSERVATION VIII.

(MÜNNICH, *Monatschr. f. Geburtskunde*, 1863, t. XXI, p. 269.)

Abcès de la fosse iliaque droite. Douleurs vésicales, urines muco-purulentes, matières fécales dans l'urine. Guérison parfaite.

Homme d'âge moyen reçu à l'hôpital avec signes d'épanchement péritonéal dans la fosse iliaque droite. Quinze jours après, douleurs dans la région vésicale. Urine muco-purulente, en même temps que diminution de l'épanchement. Odeur fécaloïde de l'urine. Au bout de dix jours, plus de fèces dans l'urine, tandis que la pyurie dure encore quelque temps.

Huit semaines après l'entrée du malade, guérison complète.

Dans la fosse iliaque droite, plus trace d'épanchement, mais on sentait un cordon dur, qui semblait être l'appendice oblitéré.

OBSERVATION IX.

(Goode (Henry), *Brit. med. Journal*, London, 1864, t. II, p. 488.)

Case of abscess forming a fistulous opening between the bowel and the bladder.

Jeune garçon qui avait avalé une épingle, laquelle s'était fixée dans l'appendice. Elle provoqua des adhérences entre l'appendice et la paroi postérieure de la vessie, pénétra à l'intérieur de cet organe et devint le noyau de formation d'un calcul qui amena quelques troubles. Au bout de deux ans, mort.

Autopsie. — Le cæcum et une partie de l'iléon étaient adhérents à la face péritonéale de la vessie. Derrière la vessie et dans la cavité pelvienne, on trouva une masse résistante de 6 à 7 pouces de diamètre et constituée par un gros abcès; un trajet fistuleux faisait communiquer cet abcès avec le cæcum et l'iléon. A la partie inférieure, le sac de l'abcès s'ouvrait dans la vessie par une petite ouverture suffisamment large pour admettre une sonde; l'orifice fistuleux siégeait à la partie postérieure de la vessie, entre les deux orifices urétéraux. Muqueuse vésicale saine.

OBSERVATION X.

(MORGAN (J.), *Med. chir. trans.*, Londres, 1863.)

Fistule intestino-vésicale (appendicite probable).

Homme de 60 ans, qui présenta, en mars 1863, une tuméfaction dure et douloureuse dans la fosse iliaque droite.

En avril 1863, vents par l'urètre, suivis de douleurs intenses dans la vessie, et, quelques heures plus tard, fèces et pus dans l'urine.

En août, décharge profuse de fèces; la tumeur diminue de volume. Presque tout passe par la vessie. Mort dans le coma en octobre 1863.

Autopsie. — La tumeur avait disparu. La partie inférieure de l'iléon, distendue, était adhérente à la paroi abdominale. Communication entre la vessie et l'intestin au niveau de la valvule iléo-cæcale (sans doute appendicite).

OBSERVATION XI.

(KRACKOWIZER, *The medical Record*, New-York, 1867.)

Fistule appendico-vésicale. Calculs.

Adulte qui, à l'âge de 8 ans, fit lui-même l'extraction, de son urètre, d'un vers encore vivant. Deux ans plus tard, le même accident se reproduisit, et quelques années après, aussi, il rend en même temps une substance graveleuse constituée par des grains d'airelle. Pendant ce temps, l'urine était claire. Peu après surviennent des symptômes de calculs vésicaux. Les selles avaient une odeur urineuse et contenaient des mucosités, du sang, des flocons fibrineux. Taille latéralisée permettant d'extraire 9 calculs. Mort cinq jours après l'opération.

Autopsie. — Appendice fixé à la face postérieure et latérale de la vessie. Ouverture vésicale à un pouce de l'orifice de l'uretère droit; cette ouverture admettait une bougie de moyenne grosseur, qui arrivait dans le cæcum en suivant la lumière de l'appendice. Le trajet fistuleux était long et fermé par une valvule qui ne permettait pas aux matières fécales de tomber dans la vessie.

OBSERVATION XII.

(ROCHESTER, *Trans. of the ameri. med. ass. phila.*, 1879, t. XXX.)

Pérityphlitic abscess discharging into the bladder and rectum with pathological specimen.

Homme de 28 ans présentant une tuméfaction de la région iliaque droite, douloureuse au toucher. On pense avoir affaire à un abcès pérityphlitique. Une opération exploratrice était décidée pour le len-

demain lorsque la tuméfaction s'évanouit en même temps que du pus et des matières fécales s'échappaient par l'urètre.

Il mourut trois ans après.

Autopsie. — Anses intestinales dans la fosse iliaque droite fortement adhérentes les unes aux autres et aux parties voisines.

L'appendice dilaté est solidement fixé à la paroi abdominale antérieure et plonge dans un abcès qui contient du pus et des matières fécales. Cet abcès communique avec le bas-fond de la vessie et avec le rectum.

OBSERVATION XIII.

(LABUSE, *in* thèse d'agrégation de BOUILLY, 1868, et *in* thèse PIARD.)

Il s'agit d'une tumeur prévésicale de cause appendiculaire développée à la fin de la maladie. Incision évacuatrice, puis phénomènes de cystite-pyurie. Guérison en quinze jours.

OBSERVATION XIV.

(STEDMANN, *The Boston medical and Surgical Journal*,
t. II, n° 11, p. 291, 1888.)

Homme de 41 ans. Abcès appendiculaire : douleur subite dans l'abdomen; vomissement; ballonnement; constipation absolue. Tumeur de la fosse iliaque droite qui est douloureuse à la pression.

Toucher rectal : Tumeur douloureuse dans le pelvis, se propageant du côté droit.

Opération. — Collection occupant le pelvis rempli de pus, gaz et matières fécales; par sa plaie le malade rend gaz, matières fécales et urine. Meurt au bout de quarante jours.

Autopsie. — Adhérences entre l'intestin grêle, le côlon descendant, le cæcum, l'S iliaque et la paroi abdominale formant une cavité qui communique librement avec la plaie de la fosse iliaque droite. La base de l'appendice s'ouvre dans cette cavité à la partie supérieure. Sur la partie postérieure de la vessie, à un doigt et

de mi environ au-dessus du bord postérieur de la prostate, siège un orifice du diamètre d'un doigt, par lequel la vessie communique librement avec la cavité purulente. Muqueuse vésicale enflammée. Reins normaux.

OBSERVATION XV.

(ROUX, de Lausanne, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1890.)

Abcès appendiculaire. Perforation de l'appendice.

Cystite suraiguë avec ténésme et pyurie.

Mme A..., 60 ans, forte pérityphlite il y a six ans. Actuellement nouvelle crise : région iléo-cæcale douloureuse à la pression. Ballonnement.

Glace. Lavement. Morphine.

Subitement douleur violente dans la région cæcale, facies péritonique, pouls 120. On diagnostique une perforation. Morphine.

Opération. — Grosse sortie de pus. Drainage du péritoine et de l'abcès. Morphine. Le ballonnement reparaît deux jours après et disparaît à la suite d'une pétarade horriblement puante.

Huit jours après l'intervention, crise suraiguë de cystite. Urine trouble avec des quantités innombrables de streptocoques. Lavages boriqués. Durant six mois, les crises de cystite reviennent par intermittence avec apparition de gravier dans les urines. Accès de cholélithiase. Guérison.

Remarque. — L'intervention tardive est arrivée lorsqu'une communication avec les voies urinaires était sur le point de se former et n'a pas empêché celle-ci d'avoir lieu quand même.

OBSERVATION XVI.

(BOIFFIN, *Bulletin de la Société de chirurgie*, p. 308, Paris 1891.)

Abcès appendiculaire. Persistance de la tumeur. Plus tard évacuation du pus par la vessie et le rectum. Opération. Guérison.

Homme de 28 ans dont l'affection remonte à la première enfance : dès cette époque, crise violente de douleurs abdominales avec symptô-

mes atténués d'occlusion. Puis le malade est atteint de pérityphlite qui ne suppure pas, mais il persiste une tumeur avec douleur et fièvre; évacuation de pus dans la vessie et le rectum; des gaz et des matières s'échappent par l'urètre; état général très grave. On diagnostique un rétrécissement du côlon ascendant et on lui fait une entéro-anastomose de l'intestin grêle avec le côlon transverse. Guérison.

OBSERVATION XVII.

(N. HALLÉ, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892.)

Hématurie mortelle.

Femme, 56 ans, prise brusquement d'une hématurie abondante avec caillots, qui s'est arrêtée spontanément.

Un mois après, réapparition de sang dans les urines qui persiste encore; miction fréquente et douloureuse; douleurs rénales à droite.

Tumeur dans l'hypogastre remontant jusqu'à mi-distance entre le pubis et l'ombilic.

Toucher vaginal. — Volumineuse tumeur bombant à la paroi vaginale supérieure. La tumeur siège au niveau de la vessie. On diagnostique un néoplasme vésical volumineux. Mort trois mois après anémiée par les hématuries.

Autopsie. — Cirrhose atrophique du foie avec ascite abondante. Le grand épiploon et l'appendice iléo-cæcal sont adhérents au cul-de-sac vésico-utérin. Ces adhérences sont anciennes et dures.

La cavité vésicale ne présente pas de tumeur, mais seulement des lésions de cystite chronique végétante. On y voit de nombreuses petites excroissances polypiformes plus ou moins pédiculées du volume d'un grain de millet ou d'une lentille, comme exulcérées à leur sommet, disséminées partout sur la face postérieure de la vessie.

Au centre de la paroi vésicale inférieure existent deux petits orifices arrondis communiquant avec une cavité anormale située entre la vessie et l'utérus. Utérus et vagin sains. Cette cavité est remplie de caillots sanguins ramollis et putréfiés. L'appendice iléo-cæcal, adhérent, très épaissi, non perforé en apparence, fait à droite paroi de la cavité.

L'auteur conclut qu'il s'agissait d'une pelvipéritonite circonscrite à point de départ probablement appendiculaire avec épanchement sanguin secondaire dans la poche. Le diagnostic de néoplasme ne fut pas confirmé par l'autopsie.

OBSERVATION XVIII.

(REYMONDS, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1892, publiée *in extenso* dans son mémoire pour le prix Civiale.)

Femme de 24 ans, prise de vives douleurs dans le côté droit du ventre. Trois semaines après, elle urine tout à coup des flots de pus.

Toucher vaginal. — Tuméfaction pyriforme dans le cul-de-sac droit qui se prolonge en avant du côté de la vessie.

A l'endoscope : Muqueuse vésicale normale. Sur la paroi droite, fistule dont on voit sourdre le pus quand on déprime la paroi abdominale. Les urines purulentes contiennent le *bacterium coli commune*.

Au spectroscopie : Un peu de sang dans les urines pendant les premiers jours des règles.

Etat stationnaire depuis lors. Urines toujours purulentes, sans cystite.

L'auteur ne conclut pas s'il s'agit d'une perforation d'origine appendiculaire ou fistule s'étant établie par l'intermédiaire d'annexes malades.

OBSERVATION XIX.

(THERING, *Centralbl. f. innere medicin*, Leipzig, 1894.
t. XV, p. 97.)

Zwei Fälle von paratyphlitis mit durchbruch in die Harnblase.

PREMIER CAS.

Femme de 32 ans, prise de douleurs abdominales avec frisson et maux de tête; vomissements; résistance dans la région iléo-cæcale. Injection de morphine; glace sur le ventre. Plus tard, épanchement

paratyphlitique manifeste, qui passe dans la vessie. Nombreux globules de pus dans l'urine. Mictions douloureuses avec cuisson. Lavages vésicaux au sublimé. Guérison au bout de deux mois. On ne trouva jamais de matières fécales dans les urines.

DEUXIÈME CAS.

Jeune fille de 17 ans, prise de symptômes classiques d'une crise appendiculaire avec mictions difficiles et même crises de rétention. On administre de la morphine, qui permet, grâce au relâchement abdominal qu'elle provoque, de constater un épanchement dans la région iléo-cæcale. Un mois après, l'urine devient trouble et l'examen microscopique révèle l'existence de globules de pus et de débris de la muqueuse vésicale. Lavages quotidiens de la vessie avec une solution boriquée à 4 p. 100. L'épanchement abdominal diminue très lentement. Six mois après, la malade est revue en parfaite santé.

OBSERVATION XX.

(JERVELL, communication à la Société de chirurgie de Christiania, *Forhandl. i. ost. med. Selskab Christiania*, 25 sept. 1893; reproduit in *Centralbl. f. chir.*, Leipzig, 1896.)

Appendicite s'étant ouverte dans la vessie.

Jeune fille de 17 ans qui aurait eu des attaques de cystite avec urines à odeur infecte après avoir évacué avec les urines un calcul du volume d'une noisette. Elle aurait présenté également des phénomènes étiquetés « inflammation intestinale » dans son enfance.

Existence d'une tuméfaction, à droite de la vessie, décelable par le palper combiné au toucher.

La cystoscopie montre, dans la partie droite de la paroi vésicale, un corps brillant, saillant, du volume d'un pois, qu'on prit pour une excroissance polypiforme et qui n'était en réalité qu'un calcul, que la malade expulsa spontanément. Il était formé de couches concentriques au centre desquelles se trouvaient des pépins de fruits.

Laparotomie. — Résection de l'appendice, qui apparaît comme un cordon tendu entre la face droite de la vessie et le cæcum. L'urine redevint claire et tous symptômes de cystite disparurent.

OBSERVATION XXI.

(BRUN, *Presse médicale*, 18 juill. 1896, p. 344.)

Abcès appendiculaire s'ouvrant dans la cavité de Retzius. Phénomènes intenses de cystite. Ouverture dans la vessie. Pyurie. Autopsie.

L... (L.), 9 ans 1/2, pris de douleurs violentes dans les reins et le côté droit du ventre avec vomissements.

Quelques jours après, tumeur de la grosseur d'un œuf dans la région hypogastrique droite, avec phénomènes de cystite sans pus dans l'urine. On diagnostique un abcès de la cavité de Retzius, d'origine appendiculaire.

Au moment de l'opération, alors qu'on s'apprêtait à sonder le malade, il urine seul, mais son urine est trouble, d'odeur fécaloïde, et contient des grumeaux de pus.

Opération. — Poche du volume d'une mandarine, remplie d'un mélange de pus et de sang fétide d'odeur fécaloïde. Mort dans la soirée.

Autopsie. — Appendice partant du côté externe du cæcum et se dirigeant par devant le cæcum vers la ligne médiane. Son extrémité perforée vient se perdre dans la paroi postérieure de l'abcès pariétal.

Pus dans la vessie. Taches ecchymotiques sur la muqueuse vésicale. On ne trouve pas le point où s'est faite la perforation.

La mort a été déterminée, dit l'auteur, par une péritonite purulente généralisée, consécutive à la perforation de l'abcès dans la cavité de Retzius, dû lui-même à une appendicite perforante.

OBSERVATION XXII.

(POUSSON, in travail de CHAVANNAZ, *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1897, p. 1320.)

Homme, 29 ans, à plusieurs reprises a souffert de l'abdomen avec besoins fréquents d'uriner et urines purulentes. Puis, à l'occasion d'une crise, émission de gaz par l'urètre et, bientôt après, sortie de matières fécales moulées et comme passées à la filière. Ces accidents, pendant un an, sont coupés par des rémissions allant jusqu'à plusieurs semaines. Le malade qui, par sa profession, est obligé d'uriner dans un water-closet public, se plaint du bruit que font les gaz en s'échappant du méat et qui ont attiré l'attention de ses voisins.

Examen. — La palpation profonde de la région iliaque droite détermine sur le côté correspondant de la vessie une douleur assez vive.

Toucher rectal. — Empâtement limité à la même région. Cystoscopie : Vessie d'aspect normal, mais, sur le côté droit et supérieur, au point où la pression était douloureuse, l'auteur aperçoit une tache brunâtre ecchymotique qu'il prend pour l'orifice de la fistule vésico-intestinale.

Opération. — Cystostomie longitudinale sus-pubienne. On ne retrouve pas l'orifice fistuleux à l'endroit présumé, mais on découvre un fin pertuis sur le côté droit à l'union de la face inférieure et de la face latérale à environ 4 centimètres du col. Avivement des lèvres de la fistule et affrontement au catgut. On ne referme pas la vessie. Mise en place des tubes de Guyon-Périer.

Huit jours après, expulsion par les tubes de gaz et matières fécales. Puis ces phénomènes cessent. Cicatrisation.

Un an après le malade est revu, très amélioré, mais non guéri, car le passage des gaz et des matières se fait en très petite quantité et très irrégulièrement.

Le malade n'est plus incommodé comme avant l'opération.

OBSERVATION XXIII.

(OTTO OESTERLEN, thèse Berlin, 1896.)

Über den Durchbruch perityphlischen abcesse in die Blase und die andern Hohlorgane des Bickens.

Jeune homme de 16 ans, ayant eu une pérityphlite avec douleurs violentes, se plaint six mois après des mêmes symptômes.

Hypersensibilité dans toute la région sous-ombilicale, les douleurs sont particulièrement vives à droite. L'urine est claire et ne renferme ni albumine, ni sucre. Opium.

Quinze jours après l'urine, devient trouble et renferme un dépôt abondant où l'examen microscopique décèle la présence de nombreux leucocytes et de quelques corpuscules brunâtres faisant penser à des matières fécales.

L'examen bactériologique donne des cultures pures de *bacterium coli commune* qui, inoculées au lapin, provoquent, en trois jours, de la diarrhée et de la fièvre.

Vingt jours après l'apparition de la pyurie et, sans traitement, le malade est considéré comme guéri. Urines normales.

OBSERVATION XXIV.

(LUTAUP, in thèse LEROY, Paris, 1897.)

Appendicite pelvienne prise pour une annexite. Ouverture de l'abcès dans la vessie. Guérison.

Femme de 32 ans, prise subitement d'une douleur foudroyante généralisée dans tout le ventre. On fit le diagnostic de péritonite. Reprise, à différentes époques, d'accidents similaires, qui amenèrent au bout de quinze ans des mictions purulentes horriblement fétides. Gonocoques dans le pus.

Hystérectomie vaginale. — On tombe sur un abcès de 30 centimètres de profondeur, qui s'étendait jusqu'aux confins du foie. Les organes enlevés étaient parfaitement sains.

Quelques jours avant l'opération, la fistule faisant communiquer l'abcès avec la vessie s'était bouchée. Il en était résulté pour la maladie une augmentation de tous les symptômes. Guérison.

OBSERVATION XXV.

(LEPLAT, *Annales des malad. des org. génito-urinaires*, 1897, p. 91.)

Abcès appendiculaire s'ouvrant dans la vessie sans phénomène de cystite. — Pyurie intermittente.

Homme pris d'une douleur dans la région de l'aîne droite avec température et constipation. Apparition dans la région hypogastrique d'une petite tumeur.

Trois semaines après, l'ouverture se fait dans la vessie. Un peu de pus par l'urètre à la fin des mictions.

Examen. — Tuméfaction douloureuse au-dessous du milieu de l'arcade de Fallope.

Le toucher rectal permet de la situer en contact avec la région vésicale.

Opération. — Tumeur adhérent fortement à la face latérale de la vessie, constituée par le cæcum et la portion terminale du grêle. On ne trouve nulle trace d'appendice.

Au-dessus de l'arcade de Fallope, on trouve un calcul fécaloïde. On ne peut retrouver la perforation vésicale.

Guérison.

L'auteur pense qu'il s'agissait d'un cas d'appendicite calculeuse ayant évolué vers la vessie. L'abcès péritonéal s'étant ouvert dans la vessie tandis que se fermait la communication intestinale.

OBSERVATION XXVI.

(FOWLER, in *Medic News-Phila*, 1898, I, p. 653.)

A case of fecal communication with the bladder with resulting calculus-following appendicitis.

Homme de 62 ans. Il y a douze ans, fut pris soudainement d'une douleur abdominale constrictive, suivie de nausées et de vomisse-

ments. Fièvre et anorexie. Du pus sortit en assez grande abondance avec les urines; après cela apaisement des symptômes, mais, bientôt après, il recommença à rendre des matières fécales avec l'urine et à souffrir beaucoup de sa cystite. Dernièrement, arrêt subit de la miction, caractéristique d'un calcul vésical.

On enlève par taille le calcul phosphatique, gros comme une noix et l'on nettoie la vessie des fecès qu'elle renferme. On trouve la partie latérale droite du fond vésical adhérent aux tissus avoisinant le cæcum. Pas de néoplasme. On ne fit pas de laparotomie vu l'affaiblissement du malade. Pose d'un drain supra-pubien. Un peu plus tard, le malade est complètement guéri.

« Il est hors de doute, ajoute l'auteur, que la communication vésico-intestinale était due à un abcès appendiculaire ouvert dans la vessie et l'intestin. »

OBSERVATION XXVII.

(PONCET, in thèse VLADOFF, Lyon, 1898.)

Fistule vésico-intestinale.

Mlle M..., 43 ans, présente des douleurs fréquentes dans la fosse iliaque droite depuis cinq à six ans, puis douleurs brusques avec vomissements et empâtement. On diagnostique un abcès appendiculaire.

La laparotomie donne issue à une quantité énorme de pus fécaloïde à odeur horrible. Toilette aussi complète que possible de cette vaste cavité purulente allant de la vessie au-dessus de l'ombilic. Mise en place d'un drain. On constate que l'urine sort par le drain, donc fistule à la fois vésicale et intestinale. Crise de cystite aiguë.

La fistule intestinale disparaît la première et l'état général se relève. La fistule vésicale fut plus longue à guérir. On dut placer une sonde de Pezzer dans la vessie et faire des lavages toutes les trois heures à l'eau bouillie. L'eau injectée dans la vessie ressortait par la plaie abdominale, qui se trouvait ainsi parfaitement lavée.

Guérison complète quinze jours après.

OBSERVATION XXVIII.

(BAZY, *Revue gynécologie chir.*, Paris, 1898.)

Appendicite avec abcès pelvien ouvert dans la vessie.

Homme de 49 ans envoyé avec le diagnostic de tumeur de la vessie. L'examen fait penser à un néoplasme probable. Peu de temps après, passage des gaz et des matières fécales dans la vessie. On diagnostique néoplasme intestinal ayant perforé la vessie. Simples lavages vésicaux. Trois jours après vaste phlegmon diffus de toute la paroi abdominale antérieure avec production de gaz et, par places, de plaques gangréneuses de la peau. Langue sèche, rôtie, subdélirium. Température élevée.

On pratique des incisions ouvrant largement les endroits les plus collectés, faisant sortir les gaz et les matières fécales accumulées. Lavage avec solution phéniquée faible.

Guérison du phlegmon gangréneux et de la fistule intestino-vésicale. Le diagnostic exact était donc celui d'abcès appendiculaire pelvien ouvert dans la vessie avec infection consécutive de la cavité de Retzius et phlegmon gangréneux de la paroi abdominale.

OBSERVATION XXIX.

(W. W. KEEN, *The Journal of the amer. med. Assoc. Chicago*, 1898, p. 1108.)

A case of appendicitis in which the appendix became permanently soldered to the bladder, like a third ureter, producing a urinary fecal fistula.

Homme de 25 ans. A l'âge de 7 ans, extraction d'une épingle de son urètre. Depuis quelques années, il souffrait d'un abcès que son médecin localisait à la prostate. Cet abcès s'ouvrit de façon qu'il en résulta une fistule vésico-intestinale et des phénomènes

nes de cystite. Section périnéale, qui ne donna aucun résultat. Un anus artificiel n'amena pas la cessation du passage des matières fécales par la vessie, donc la fistule siégeait plus haut.

Une troisième opération permit de tomber sur un appendice tellement long que son extrémité touchait à la prostate et était solidement incorporée dans la paroi vésicale. Résection de l'appendice et suture de la plaie de l'appareil urinaire. On referma l'anus artificiel en une quatrième opération.

Les symptômes fistulaires cessèrent, mais le malade mourut d'iléus vingt-quatre jours après la dernière opération.

OBSERVATION XXX.

(PERCY ALLAN, *Brit. med. jour.*, Londres, 1900, 1432.)

A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder recovery.

Jeune homme de 16 ans, qui présenta, il y a sept ans, des symptômes qui firent porter le diagnostic d'inflammation de l'intestin. Actuellement, crise d'appendicite avec Mac-Burney très net.

Traitement médicamenteux par le carbonate de bismuth, l'opium et application de glace. Par la suite, le malade se plaint de difficultés au moment de la miction, allant jusqu'à la rétention complète. On sonde le malade, et l'on donne issue à une certaine quantité d'urine putride.

Lavages de la vessie avec la solution de sanitas, puis avec une solution de chinosol. En même temps, administration d'hexaméthylène tétramine. L'urine ne tarde pas à redevenir normale. Guérison au bout de quinze jours.

OBSERVATION XXXI.

(Aimé GUINARD, *in* thèse GAILLET.)

Homme de 35 ans. A la suite de sa première crise d'appendicite, a évacué son abcès dans la vessie au moment où l'on s'apprêtait à l'opérer. Pas de symptôme de cystite, pus et gaz par l'urètre.

Laparotomie. — L'appendice est terminé en massue, et, à 1 centimètre de son extrémité, existe une communication, qui, par un trajet induré, aboutit à la vessie, près et dessus de l'uretère droit. Excision de l'appendice au niveau du cæcum, on l'enlève et on place un drain au niveau de l'orifice fistuleux. Le dixième jour, il n'y avait plus trace de pus dans l'urine sans qu'on eût fait le moindre lavage dans la vessie par l'urètre.

OBSERVATION XXXII.

(LECLERC, de Saint-Lô, *in* thèse CHAPON, Paris, 1901.)

G... (A.), 17 ans. Opéré à sa deuxième crise d'appendicite; la dernière avait été accompagnée de phénomènes douloureux de la miction avec fréquences de celles-ci.

Le Professeur Poncet, qui a opéré le malade, avait diagnostiqué une inflammation de l'appendice descendant anormalement dans le petit bassin.

Opération. — La cavité péritonéale était saine, cæcum sain, mais il s'enfonce dans le petit bassin. On libère le cæcum, adhérent au plancher pelvien. A bout de doigt, on crève une collection purulente, d'une fétidité caractéristique, contenant des matières fécales en forme de calcul gros comme un noyau de cerise. Il fut impossible, à cette profondeur dans le petit bassin, d'aller à la recherche de l'appendice. Mise en place de 4 drains : 1 descendant jusqu'au plancher pelvien; 1 rétro-cæcal; 2 péritonéaux.

Dix-sept jours après, le malade rend avec ses urines une notable quantité de pus. L'abcès s'était spontanément ouvert dans la vessie.

Deux mois après, guérison complète.

OBSERVATION XXXIII.

(MUSHAM RICHARD, In die im Verlaufe der Blindarmentzündung auftretenden Fisteln. *Mitteil. aus-d-Grenzgebdt. Med. u. chir.*, Iena, 1903, p. 284.)

Abcès appendiculaire ouvert dans la vessie.

Jeune homme de 28 ans, qui présente une perforation de la vessie au cours d'une troisième récurrence d'appendicite. Pus dans l'urine. Pendant la miction, il se dégage souvent des gaz par l'urètre, et l'urine présente un très mauvais aspect.

Résection de l'appendice, après l'avoir détaché avec difficulté de ses nombreuses adhérences. Impossibilité de trouver le siège de la perforation vésicale. Guérison de la plaie, mais les symptômes de cystite durent encore deux mois après, avec même aggravation à la suite d'excès. Craignant une pyélonéphrite, on fit, un an après, une entéro-anastomose entre l'iléon et le cæcum.

OBSERVATION XXXIV.

(G. MICHEL et G. GROSS, Communication faite à la Société de médecine de Nancy le 22 juillet 1903.)

Femme de 20 ans, qui a présenté des troubles appendiculaires à diagnostic difficile, postérieurs à un accouchement suivi de phénomènes puerpéraux. Cystite, pyurie. Lavages.

Laparotomie, résection de l'appendice, qui amena la disparition rapide de tous les accidents. Le lendemain de l'opération, la quantité de pus contenu dans les urines est notablement diminuée. La malade sort guérie, après avoir fait entre temps une broncho-pneumonie. Elle garde cependant un très léger degré de cystite.

OBSERVATION XXXV.

(I. S. STONE, *Ann. Surg. phila.*, 1904, XXXIX, p. 263.)

Perforation of the urinary bladder by an appendiceal abscess.

Femme de 50 ans, qui présente les symptômes ordinaires de l'appendicite avec production d'un abcès appendiculaire dans la fosse iliaque droite. Pas de phénomène de péritonite.

Au bout de trois semaines, dysurie et symptômes de cystite, qui aboutissent à l'évacuation par la vessie, deux jours durant, d'une pinte environ de pus. Amélioration des symptômes locaux et généraux.

Opération. — Résection d'un appendice adhérent à tous les organes du bassin du côté droit. L'appendice était, par son extrémité, en contact direct avec le tissu cellulaire périvésical, immédiatement au-dessus de la vessie.

Remplie avec une solution de bleu de métylène, la vessie fut trouvée intacte; l'orifice de communication s'était fermée spontanément. Drainage.

Guérison rapide en deux semaines.

OBSERVATION XXXVI.

(PERSON, thèse Paris, 1906.)

Homme de 24 ans atteint d'appendicite suppurée avec température. Empâtement remontant jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Glace sur l'abdomen.

Le toucher rectal montre une masse dure dans la fosse iliaque droite refoulant le rectum de côté.

Subitement, douleurs atroces, qui se terminent par l'évacuation par l'urètre de 380 grammes d'un liquide purulent d'odeur fécaloïde, qui contenait des matières fécales décelables au microscope. Après cette débâcle la fièvre tombe et le malade se sent mieux. Lavage de vessie à l'eau bouillie.

Guérison en un mois. Urines claires.

OBSERVATION XXXVII.

(POUSSON, in thèse GUYONNEAU, Bordeaux, 1912.)

Homme de 52 ans. Entre à l'hôpital, le 21 septembre 1911, parce que, depuis plusieurs mois, il rend des urines purulentes. En janvier, il avait eu des crises douloureuses, étiquetées « coliques néphrétiques », et une pleurésie.

En juillet, le diagnostic de coliques néphrétiques semble se confirmer par le retour des crises, l'augmentation du rein et l'apparition de pus dans les urines, sans douleurs ni fréquence des mictions, sans aucun signe de cystite.

Fosse iliaque droite empâtée, dans laquelle on sentait un cordon dur rappelant l'uretère enflammé et épaissi.

La cystoscopie confirme le diagnostic de pyélonéphrite : elle permit de voir dans la région du méat urétéral droit un petit jet de pus sourdre de temps en temps d'une façon assez régulièrement rythmée, mais en examinant avec soin la région de l'angle droit du trigone, on découvrit au-dessous de l'orifice d'où s'échappait le pus le vrai méat urétéral, d'où s'écoulait rythmiquement un jet d'urine claire. Le diagnostic fut rectifié, et l'on porta celui d'une appendicite suppurée ouverte dans la vessie.

Opération (28 nov. 1911). — Incision de Jalaguier. On pénètre dans un petit foyer de suppuration limité par des anses intestinales soudées entre elles, au milieu duquel se trouvait l'appendice perforé, contenant un calcul en forme d'ergot de 1 centimètre, d'aspect phosphatique. Résection de l'appendice. On ne rechercha pas la fistule. Mise en place d'un drain. Fermeture. Au douzième jour, on enlève le drain. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII.

(WALTHER, in thèse GUYONNEAU, Bordeaux, 1912.)

G... (Pauline), 17 ans. A 12 ans, entérite avec douleurs prédominantes à droite (vraisemblablement appendicite). Seconde crise à 15 ans.

Actuellement, après quinze jours de malaise, crise subite, violente, de douleurs à droite. On diagnostique entérite chez une nerveuse. Traîne ainsi cinq mois avec douleurs à la miction. Difficulté pour uriner. Rétention même, qui nécessitait le sondage.

Brusquement, douleur vive, sensation de craquement, brûlure de la vessie et, une demi-heure après, évacuation spontanée d'urine contenant du pus sentant très mauvais. La malade est soulagée. On diagnostique appendicite ouverte dans la vessie. Lavages quotidiens de la vessie à l'eau boricuée.

Cystoscopie. — Dans la partie supérieure et droite, cicatrice déprimée, froncée en cul de poule, de l'ouverture de l'abcès.

Opération. — Appendice sous-cæcal, descendant, interne, plongeant dans le petit bassin; de sa pointe, une toute petite bride va à la vessie. Appendicectomie. Guérison.

OBSERVATION XXXIX.

(PAPIN, in thèse GUYONNEAU, Bordeaux, 1912.)

Malade de 64 ans. Vient pour se faire laver la vessie parce qu'il est porteur d'une fistule vésico-intestinale depuis une crise appendiculaire, il y a de cela quelques années. Il n'est nullement incommodé par cette fistule. Ce n'est seulement que quand les matières fécales sont molles qu'elles passent dans la vessie. Aucun phénomène de cystite.

Examen cystoscopique. — A droite et un peu en haut, orifice en cul de poule dont le calibre est à peu près de 3 millimètres de diamètre. Par cet orifice, on voit les matières demi-molles pénétrer dans la vessie sous forme d'un long ruban contourné en spirale. Ces matières paraissent passées au laminioir. Pas de calcul. Lavages de vessie au nitrate d'argent au 1/1.000^e.

OBSERVATION XL.

(CARAVEN et CAILLET, in thèse CAILLET.)

Appendicite. Intervention. Fistule appendico-vésicale.

Nouvelle intervention. Guérison.

D... (Charles), 48 ans. Crise appendiculaire en août 1910.

Opération. — Grande quantité de pus. Accidents de suppuration.

Six semaines après rend, sans réaction vésicale, du pus dans ses urines.

En septembre 1911, se fait réopérer de sa fistule vésicale. A cette époque, à l'examen cystoscopique, on note en arrière de la région des deux uretères, à droite, vers 7 heures, l'orifice d'une fistule.

Opération. — On découvre, après incision le long de l'épine iliaque antéro-supérieure, le trajet fistuleux, qui conduit à une vaste cavité à laquelle fait suite un diverticule en Y.

L'appendice, enflammé, vient, par son extrémité inférieure, s'ouvrir dans la cavité en Y. Dans l'abcès, un calcul stercoral.

Trois mois plus tard, en décembre, les urines redeviennent claires. Une cystoscopie pratiquée à ce moment ne donne plus aucun résultat.

OBSERVATION XLI.

(PAUCHET, in thèse CAILLET.)

Abcès pelvien d'origine appendiculaire, ouvert dans la vessie.

Intervention à froid. Fermeture de l'orifice vésical.

Fille de 6 ans. A présenté deux légères crises d'appendicite avec quelques douleurs en urinant; pas d'émission de pus par l'urine.

Sept mois après, crise plus violente, péritonisme, abcès pelvien, qui s'ouvre spontanément dans la vessie. Urines fétides pendant trois semaines, purulentes pendant deux mois et demi.

Opération. — Incision de Jalaguier : appendice volumineux plongeant dans le bassin et complètement adhérent par sa pointe au sommet de la vessie.

Section de l'appendice au niveau de sa base, le moignon est enfoui, puis l'appendice est attiré de haut en bas et séparé peu à peu des adhérences. Section aux ciseaux de sa pointe adhérent à la vessie; attouchement à la teinture d'iode. Le point ulcéré de la paroi vésicale est enfoui sous un point en U au catgut. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBSERVATION XLII.

(PAUCHET, in thèse CAILLET.)

Abcès pelvien d'origine appendiculaire ouvert dans la vessie.

Intervention. Fermeture de l'orifice vésical. Guérison.

Mlle R... a présenté, il y a deux ans et il y a quatre ans, une crise d'appendicite très grave avec péritonite. La dernière crise date de deux mois et demi : elle s'est accompagnée d'un abcès pelvien qui s'est ouvert dans la vessie. Depuis, l'urine a toujours été purulente; amaigrissement considérable.

Intervention. — L'appendice est disséqué et enlevé; il présente la forme d'une vessie natatoire de poisson, ses deux segments renflés étant chacun remplis de pus. La pointe de l'appendice est complètement adhérente à la vessie au niveau de sa paroi postérieure. La surface cruentée de la vessie est suturée. On laisse un tube dans le bassin. Légère réaction péritonéale. Hémorragie intestinale le dixième jour. Guérison au bout de vingt-cinq jours.

OBSERVATION XLIII.

(PAUCHET, in thèse CAILLET.)

Abcès pelvien d'origine appendiculaire. Ouverture de l'abcès dans la vessie, probablement après une dilatation de l'anus. Laparotomie. Drainage. Nouvelle intervention. Guérison.

Homme de 37 ans qui a présenté trois crises appendiculaires en trois mois. Il y a une quinzaine de jours, poussée de péritonite; température 38 degrés; rétention d'urine. Tuméfaction le long de

l'arcade crurale droite; le toucher rectal fait sentir une masse indiquant nettement un abcès pelvien en arrière de la vessie.

On décide de faire une incision rectale. Le malade endormi, l'anus est dilaté. Le chirurgien touche la paroi antérieure du rectum et ne sent pas l'abcès; il craint que la collection ne se soit ouverte dans le ventre pendant le transport du malade à la salle d'opérations. On fait une laparotomie immédiatement : pus verdâtre dans le ventre. Lavage du péritoine; la collection est cherchée à l'aide du doigt. Le malade urine du pus pendant les jours suivants; il sort également un peu d'urine par la plaie sus-pubienne. La pyurie dure environ trois semaines. La plaie abdominale est fermée au bout de un mois.

Deuxième opération trois mois après. Recherche de l'appendice. Résection. Sa pointe adhère à la vessie. On trouve encore du pus concret sous forme d'une masse crémeuse du volume d'une noisette. Guérison.

OBSERVATION XLIV.

(PAUCHET, in thèse CAILLET.)

Appendicite. Réaction vésicale. Perforation vésicale. Incision rectale d'un abcès et incision sus-pubienne. Nouvelle intervention à froid. Guérison.

Homme de 21 ans qui a présenté deux crises d'appendicite; à sa troisième crise, il présente de la douleur à la miction; ventre ballonné.

Le toucher rectal fait percevoir un abcès haut situé, et les urines deviennent troubles.

Intervention. — Une incision rectale donne un écoulement abondant de pus. On perçoit une masse qui n'est pas ouverte et qui siège plus haut et on fait une incision sus-pubienne immédiate; on tombe sur une deuxième collection à la limite de l'hypogastre et du contour supérieur du bassin. On ouvre l'abcès. Un drain est introduit dans le rectum, et l'autre par la plaie sus-pubienne; l'urine sort par les deux orifices; elle reste purulente pendant trois semaines environ. Guérison en un mois.

Extirpation de l'appendice à froid trois mois plus tard. L'appendice est très aminci à son extrémité; il plonge dans le bassin. Il est impossible de retrouver ses relations avec la vessie.

OBSERVATION XLV.

(JULLIEN, in thèse CAILLET.)

*Abcès appendiculaire ouvert dans la vessie. Pyurie. Hématurie.
Guérison spontanée. Résection de l'appendice à froid.*

Garçon 13 ans. Le 3 octobre 1911, il est pris de phénomènes classiques d'une crise d'appendicite. Le 7, aggravation. On est en présence d'une péritonite généralisée.

Deux jours après, tuméfaction de la région inférieure de l'abdomen. Le toucher rectal montre un empâtement. On retarde l'opération dans l'espoir d'une localisation de l'inflammation, quand, en urinant, le malade constate dans son urine une grande quantité de pus. La température tombe, l'état général est meilleur. Les urines sont ainsi purulentes pendant quelques jours; quand il n'y a pas de pus, il y a du sang.

Au bout d'une semaine, les urines redeviennent absolument claires; en même temps, l'empâtement diminue. Au bout d'un mois, la guérison est obtenue. Trois mois plus tard, appendicectomie à froid.

OBSERVATION XLVI.

(MOULONGUET et BAX, in thèse CAILLET.)

Abcès appendiculaire ouvert dans l'intestin puis dans la vessie.

Mme F..., 32 ans, présente une crise subaiguë d'appendicite. Existence dans le ventre d'une masse inflammatoire volumineuse; cette tumeur est située en grande partie dans la fosse iliaque droite. Repos. Glace

Plus tard, évacuation, par l'intestin, d'environ 400 à 500 grammes de pus. La température baisse, les douleurs diminuent. La masse inflammatoire a diminué d'étendue.

Reprise de la température, douleurs en urinant, pollakiurie. L'urètre est douloureux au toucher vaginal. Apparition d'urines purulentes.

Intervention. — Incision de Roux, ouverture d'un phlegmon appendiculaire situé dans la région médiane de l'abdomen, derrière les muscles droits. On pose un gros drain dans l'abcès. Dès l'intervention, les urines sont redevenues claires. Guérison.

OBSERVATION XLVII.

(BONNET, *Lyon chirurgical*, septembre 1922.)

Ouverture dans la vessie par voie sous-péritonéale d'un abcès appendiculaire résiduel après ablation de l'appendice.

Homme de 40 ans. Opéré à chaud d'une appendicite gangréneuse avec drainage; il a présenté, trois semaines après l'ablation de l'appendice, un phlegmon sous-péritonéal, une cellulite périrectale, qui s'est collectée à gauche du rectum et ouverte spontanément dans la vessie, après quelques symptômes de dysurie et de faux besoins d'aller à la selle.

La cystoscopie pratiquée quelques jours après fut à peu près négative, ne découvrant pas la perforation.

Les signes de phlegmon sous-péritonéal étant manifestes, on intervint alors par laparotomie sous-péritonéale et on tomba sur une collection périrectale d'origine appendiculaire. Drainage. Guérison.

L'auteur insiste sur la rareté des phlegmons sous-péritonéaux dans l'appendicite comparativement aux phlegmons de la cavité de Retzius et croit que l'inflammation sous-péritonéale a été la conséquence de la propagation par le drain, à travers les lèvres du péritoine non suturé, de l'inflammation péritonéale.

OBSERVATION XLVIII

(J. SCHIFMANN, *Zeitschrift für urologische chirurgie*, t. XVIII, fas. 1-2, 1925, p. 23; anal. in *Journal de chirurgie*, t. XXVIII.)

Femme 24 ans. Aurait eu à l'âge de 4 ans une péritonite. Depuis quelques années, son urine est trouble, fécaloïde, avec pneumaturie gênante.

La cystoscopie montre, à droite du sommet de la vessie, un orifice ovale, profond et sombre.

Opération. — Anses intestinales agglomérées. Le sommet de la vessie leur adhère intimement; on reconnaît dans le magma un corps blanchâtre, dur, gros comme un crayon, qu'on reconnaît pour être l'appendice. La fistule vésicale débouche dans une anse grêle. Anses et vessie sont séparées et suturées pour le mieux; le tractus d'aspect appendiculaire est réséqué. Guérison.

Une cystoscopie pratiquée quatre ans après ne permet plus de retrouver avec sûreté la place de la cicatrice.

OBSERVATION XLIX.

(R. GORDON CRAIG et R. K. Lee BROWN, *Surgery Gynecology and Obstetrics*, vol. XLIV, n° 6 juin 1927, p. 753; anal. in *Journal de chirurgie*, t. XXX, p. 716.)

Femme 51 ans. Il y a dix ans, crise probable d'appendicite.

Depuis six mois, émet des gaz avec l'urine, qui renferme un abondant sédiment. Pas de cystite; pas d'hématurie.

Cystoscopie. — Paroi vésicale recouverte de muco-pus en maints endroits. Cathétérisme des uretères ne montrant rien d'anormal. La sigmoïdoscopie ne montre aucune communication avec la vessie.

Une seconde cystoscopie pratiquée un an après montre, un peu en arrière de l'orifice urétéral droit, un petit orifice dans lequel on peut introduire deux sondes rigides. La radioscopie montre que ceux-ci s'engagent dans le gros intestin, et une injection opaque remplit, celui-ci.

Laparotomie. — Adhérences entre le grêle, l'anse sigmoïde et la vessie; communication entre la vessie et le sygmoïde. Résection d'un appendice adhérent par son sommet. Drainage. Guérison.

Il semble, ajoute l'auteur, qu'il se soit agi d'une appendicite avec abcès par suite duquel la communication s'est établie entre la vessie et l'anse sigmoïde.

OBSERVATION L (*Observation in extenso*).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur RAMARONY, chef de clinique du service du Professeur DUVERGEY.)

Appendicite avec complications urinaires rénales et vésicales.

S... (Jean), 22 ans, cultivateur, salle C, lit n° 6.

Il s'agit d'un malade âgé de 22 ans envoyé le 28 août 1927 à l'hôpital du Tondu parce qu'il présente, depuis un an environ, des crises typiques de coliques néphrétiques, s'accompagnant d'hématurie. Une radiographie faite en ville a été négative.

L'interrogation du malade démontre qu'il s'agit, en effet, d'un syndrome douloureux rappelant tout à fait la colique néphrétique : la douleur violente commence dans la région lombaire, s'irradie le long du trajet de l'uretère vers la cuisse et vers le testicule; ces crises s'accompagnent de vomissements et d'hématuries macroscopiques. Le malade n'a jamais remarqué de gravier, et ses urines sont claires. A noter que cette douleur a toutes les caractéristiques de la crise lithiasique; elle augmente lors des mouvements des voyages, surtout dans un véhicule mal suspendu, et elle diminue au repos. L'examen montre un point douloureux à l'angle de la 12^e côte et de la colonne vertébrale. Pas de points urétéraux. Le diagnostic porté est celui de lithiase rénale, malgré la radiographie négative. Une cystoscopie ne montre rien d'anormal. Deux radiographies faites à huit jours d'intervalle ne décèlent aucun calcul, le catéthérisme urétéral ne révèle pas de rétention dans le bassinet. Vers le 10 septembre, le malade, alors qu'il était au lit, est pris de douleurs violentes dans la région lombaire, et la fièvre monte

aux environs de 38 degrés. Pas de points douloureux antérieurs. On pense à une crise de rétention rénale avec infection et on n'intervient pas chirurgicalement; mais, le surlendemain, le malade a un aspect fatigué, le facies grippé; à la palpation, il existe un point douloureux dans la fosse iliaque droite, il y a de la défense musculaire, et le diagnostic d'appendicite est supposé. Intervention immédiate le 14 septembre 1927 (D^r Ramarony) : On enlève un appendice très malade, perforé et avec un peu de pus au milieu des anses intestinales voisines; on place trois mèches. Glace sur le ventre, mais cependant la température, quoique l'état général s'améliore, reste aux environs de 38 degrés pendant six jours. A ce moment, la fièvre tombe, en même temps que les urines deviennent extrêmement purulentes. On pense à l'ouverture d'un abcès dans la vessie et l'examen microscopique de l'urine montre de très nombreux leucocytes. La réaction de Rivolta est positive. A partir de ce moment, l'état général du malade devient chaque jour meilleur et celui-ci sort de l'hôpital un mois après complètement guéri. Une cystoscopie pratiquée quelque temps avant le départ du malade avait montré, un peu à droite et en arrière de la bulle d'air, un orifice gros comme la tête d'une épingle, vestige de l'ouverture de l'abcès appendiculaire dans la vessie.

Le 4 janvier 1928, le malade revient à l'hôpital pour crises douloureuses dans la région rénale droite avec grosse température. Quatre crises dans l'espace de deux mois.

Le malade raconte que ses urines deviennent troubles, s'éclaircissent au moment de la crise, qui débute par un frisson suivi d'élévation de température, terminée par émission d'urine trouble.

Dans l'intervalle des crises, indolence complète de la région rénale droite; pas de température; mauvais état général. On pense à une pyélo-néphrite avec rétention passagère. Cystoscopie et cathétérisme urétéral : Rétention pyélique importante de 40 à 50 centimètres cubes, urines toujours purulentes. Pyélographie : Bassinet très dilaté et déformé; uretère droit un peu moniliforme. D'après l'ombre rénale, le parenchyme semble être très réduit. Les examens fonctionnels de l'appareil rénal montrent un rein droit à peu près nul, mais un rein gauche à bon fonctionnement.

Néphrectomie le 25 janvier 1928 sous anesthésie générale (Prof. Duvergey, Dr Ramarony) : L'uretère, examiné pendant l'intervention et suivi près de la vessie, ne présentait aucune compression. Pas de périurétéríte. Le rein enlevé était hydronéphrotique et infecté.

Exeat, guéri le 4 mars 1928.

Le malade conserve toujours une petite éventration due à un abcès de l'appendice opéré d'urgence. Malgré les conseils des docteurs, le malade refuse de se laisser réopérer.

OBSERVATION LI (Inédite).

(Due à l'obligeance de MM. les Docteurs NARD, de Libourne, et RAMARONY, de Bordeaux.)

Garçon de 7 ans ne présentant aucun antécédent héréditaire ni personnel particulier à signaler. Opéré en août 1929 pour appendicite chronique, l'intervention est faite à froid sous anesthésie générale. L'appendice est enlevé. Il est d'aspect lymphatique et un peu long, mais sans trace d'infection récente. On pratique l'enfouissement. L'intervention s'est passée normalement et sans complication. Trois jours après l'intervention, le petit malade se plaint de douleurs très violentes dans la région abdominale et son ventre se ballonne.

On réintervient, et l'on trouve un petit foyer de péritonite avec adhérence autour d'une goutte de pus dans la région d'implantation de l'appendice. Mise en place d'un Miculicz avec trois grosses mèches. Les douleurs diminuent. Le malade rend des gaz abondamment et, trois jours après cette nouvelle réintervention, alors que ses urines ont toujours été très claires (une analyse antérieure n'ayant révélé nulle trace d'albumine), tout à coup, il se produit une véritable « vomique », les urines contenant en abondance du pus mêlé de sang. Il est évident que, le malade ne souffrant aucunement de la région lombaire, il s'agit vraisemblablement d'un abcès appendiculaire s'étant ouvert dans la vessie. D'ailleurs, après cette débâcle purulente, l'urine reprit rapidement ses caractères normaux et l'enfant guérit.

CONCLUSIONS

I. — L'appendice suit le cæcum dans ses déplacements et se déplace par rapport à lui; il en résulte qu'il entre en relation avec la vessie dans 26 p. 100 des cas environ.

II. — La situation pelvienne de l'appendice est une condition prédisposante à son inflammation.

III. — Les perforations vésicales d'origine appendiculaire sont des complications rares de l'appendicite.

IV. — Ces perforations se rencontrent plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes, et cela dans la proportion de deux hommes pour une femme.

V. — Nous ne pouvons que soupçonner, n'en ayant pas la preuve, sa fréquence relativement élevée chez l'enfant.

VI. — La marche de l'inflammation peut se faire par deux grandes voies : l'une péritonéale, l'autre, extra-péritonéale, est plus fréquente.

VII. — Les perforations sont d'étendue et de forme variables, généralement unique (jamais plus de deux). Elles siègent avec une plus grande fréquence sur la face postérieure et latérale droite de la vessie.

VIII. — Les symptômes de l'ouverture dans la vessie ne sont pas toujours bruyants, il existe une forme silencieuse.

IX. — Les symptômes cliniques de la perforation vésicale sont :

la pyurie;

l'affaissement de la tumeur.

X. — La stercorémie est un symptôme pathognomonique de la fistule complète entéro-vésicale. La pneumaturie ne l'est pas.

XI. — Les symptômes de cystite intense après la perforation ne sont pas constants.

XII. — La complication la plus fréquente et la plus redoutable des fistules appendiculo-vésicales est la formation de calculs dans la vessie.

XIII. — L'infection ascendante n'est qu'une complication relativement rare et tardive, grandement favorisée par la rétention.

XIV. — La cystoscopie ne permet pas dans tous les cas de trouver l'orifice de la perforation; elle permet toujours néanmoins de faire le diagnostic.

XV. — Le pronostic, autrefois très sombre, est aujourd'hui bien meilleur (depuis 1898, 24 cas se sont terminés tous par la guérison).

XVI. — L'intervention opératoire devra surtout porter sur le foyer appendiculaire; accessoirement sur la fistule, quand elle existe.

XVII. — Il y a intérêt à ne pas opérer tout de suite, mais à laisser refroidir, quand on le peut, les lésions.

XVIII. — Grâce au diagnostic actuellement précoce de l'appendicite et aux interventions préventives, cette complication devient de nos jours de plus en plus rare.

VU : *Le Doyen,*
C. SIGALAS

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 31 octobre 1929.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AMMENTORP. — Fistule vésico-appendiculaire. *Centralbl. chirurgir.*, Leipzig, 1894, n° 44.
- APPUHN. — Contribution à l'étude des complications de l'appendicite. Thèse Nancy, 1903.
- ARNAL. — Les complications urinaires de l'appendicite. Thèse Montpellier, 1912-1913.
- BARRAGAN. — Algunos casos de fistulos intestino vesicales. *Revista españ. de cir. y urolog.*, nov. 1924.
- BAZY. — Abscès pelviens ouverts dans la vessie. *Rev. de gyn. chir.*, Paris, juin 1898, n° 3, p. 441.
- BLANQUINQUE. — Etude des fistules vésico-intestinales. Thèse Paris, 1870.
- BOIFFIN. — Typhlite avec pus par la vessie et le rectum. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1891.
- BONNET. — De l'ouverture dans la vessie des abcès appendiculaires résiduels après l'ablation de l'appendice. *Lyon chirurg.*, sept. 1922, p. 558.
- BOSS. — Ouverture dans la vessie de suppurations d'origine appendiculaire. *Zeitschr. fur urologische Chir.*, t. XX, 1926, p. 215-221.
- BRUN. — Abscès de la cavité de Retzius pour appendicite. *Rev. méd.*, 18 juill. 1896, p. 344.
- CAILLET. — Les complications vésicales au cours de l'appendicite. Thèse Paris, 1911-1912.
- CHAPON. — Appendicite. Phénomènes vésicaux. Thèse Paris, 1901, n° 480.
- CHAVANNAZ. — Des fistules vésico-intestinales chez l'homme. *Ann des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 1176.
- CHEVALIER. — Appendicite pelvienne. Thèse Paris, 1900, n° 451.

- CIVIALE. — Traité des maladies des voies urinaires, 1860, t. III, p. 47.
- DAMIEN-MASSON. — Complications vésicales dans l'appendicite. Thèse Paris, 1898, n° 35.
- DAVAT. — Symptômes de pérityphlite chronique. Phlegmon péritutérin ouvert momentanément dans l'utérus, le cæcum la vessie. Analysé in *Bull. et mém. de la Soc. d'anat. de Paris*, 1873, p. 577.
- DORMOY. — Thèse Lyon, 1897.
- DUPLAY. — Des fistules vésico-intestinales. Médecine moderne, t. X, Paris, 1899, p. 33.
- DURET. — Des troubles urinaires dans l'appendicite. *Proc.-verb. et mém. de l'Assoc. franç. d'Urol.*, Paris, 1889, p. 4.
- FOWLER. — A case of fecal communication with the bladder with resulting calculus, following appendicitis. *Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1897.
- GOODLE (Henry). — Case of abcess forming a fistulous opening between the bowel and the bladder. *Brit. Med. Journ.*, t. II, 1864, p. 488.
- GUINARD. — Affections de l'abdomen. Nouveau traité de chirurgie Le Dentu-Delbet, t. XXIV, p. 354.
- GUYON. — Cliniques. *Bull. méd.*, 1891.
- GUYONNEAU. — Des troubles de l'appareil urinaire dans le cours de l'appendicite. Thèse Bordeaux, 1912.
- HALLE. — Appendicite suivie de perforation vésicale. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1892, p. 913.
- JERVELLE. — Appendicite s'étant ouverte dans la vessie. Communication à la Soc. de chir. de Christiania. — *Forhandl med. Selskab*, sept. 1895.
- JOHNSON. — Cæcal ulceration, appendiceal abseess perforatio bladder autopsy. *Medico chir. Rev.*, 1837, p. 197. Analysé in *Gaz. méd. de Paris*, 1837, p. 123.
- KENN. — A case of appendicitis in which the appendix became permanently soldeur to the bladder like a third ureter producing on uretiory fecal fistula. *The Journ. of the Amor. Med. Assoc.*, Chicago, 1898, p. 1108.

- KINDGON. — Un cas de fistule vésico-intestinale. *Trans. Prov. Med. and. chir. assoc.*, Londres, juillet 1842, p. 198.
- KRACKOWIZER. — Fistule appendiculo-vésicale. Calculs. *The medical Record*, New-York, 1867.
- LANCIEN. — Troubles de l'appareil urinaire au cours de l'appendicite. Thèse Paris, 1901-1902.
- LEPLAT. — Abscess appendiculaires s'ouvrant dans la vessie sans phénomène de cystite. *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1897, p. 91.
- LOISEAU. — Fistules éloignées d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1899-1900, n° 220.
- MENIÈRE. — Mémoire sur les tumeurs phlegmoneuses occupant la fosse iliaque droite. *Arch. de Méd.*, 1898.
- MICHEL et GROSS. — Fistule appendiculo-vésicale. Soc. de méd. de Nancy, 22 juill. 1903, in thèse Appuhn, Nancy, 1903.
- MORGAN. — Fistule intestino-vésicale. *Med. chir. Trans.*, Londres, 1865, p. 62.
- MUNNICH. — Perforation appendiculo-vésicale. *Monats fur Geburtsk.* t. XXI, 1863, n° 269.
- MUSHAM (Richard). — Abscess appendiculaires ouverts dans la vessie. *Mitt. aus. Grezzgeb. d. Med. und. chir.*, Iena, t. XI, p. 284.
- OESTERLEN (Otto). — Über den durchbruch perityphlischen abcesse in die Blase und die Andern Hohlorgane des Bickens. Thèse Berlin, 1896.
- PASCAL. — Fistules vésico-intestinales acquises chez l'homme et chez la femme. Thèse Paris, 1899-1900.
- PERCY (Allan). — A case of appendicitis with abscess perforating into the bladder, recovery. *Brit. Med. Journ.*, Londres, 1900, p. 1432.
- PERSON. — Contribution à l'étude des fistules appendiculo vésicales. Thèse Paris, 1905-1906.
- PIARD. — Des suppurations dans l'appendicite. Thèse Paris, 1896.
- REYNES. — Les complications vésicales de l'appendicite. XIII^e Congrès international de chir. gén., Paris, 1900, p. 685.
- ROCHER. — De l'appendicite infantile à forme pelvienne et ilio-pelvienne. *Arch. gén. de méd.*, 1906.

- ROCHESTER. — Pérityphlitie abscess dischoring into the bladder and rectum with pathologicole specimen. *Trans. of the Amer. Med. Ass.*, t. XX, 1879, p. 495.
- ROUX. — Absès appendiculaire, perforation, cystite aiguë avec ténésme et pyurie. *Rev. Méd. de la Suisse romande*, Genève, 1890
- SALZER et REULING. — Pérityphlite; fistule vésico-intestinale. *Deuts. Klin.*, t. VII, 1855, p. 368.
- SCHIFFMANN. — Contribution à l'étude des fistules vésico-intestinales chez la femme. *Tzits for urol. chir.*, t. XVIII, fasc. I, 1925
Analysé in *Journ. de chir.*, t. XXVIII, p. 77.
- SEDILLOT. — Phlegmon appendiculaire. Fistules vésicales, intestinales et abdominales. *Ann. de chir. franç. et étrang.*, 1841, p. 305.
- STEDMANN. — Appendicite, perforation vésicale. *The Boston Med. and Surg. Journ.*, 1888, t. II, n° 41, p. 291.
- STONE. — Perforation of the uretrary bladder by an appendical abscess. *Ann. of Surg.*, Philadelphie, 1904, p. 265.
- THERING. — Zwei fall von paratyphlitien mit durchbruch in die Hohlblase. *Centralbl. f. innere Medicin*, 1894, t. XV, p. 87.
- VELTEN. — Thèse Lyon, 1895.
- VILLARET. — Appendicite ouverte dans l'intestin. Thèse Lyon, 1897
- VLADOFF. — Absès appendiculaires ouverts dans la vessie. Thèse Lyon, 1898.
-

15397. — Bordeaux. — Imp. Y. Cadoret, 3, pl. St-Christoly. — 1929.
